

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2018

N° : 2018.198

**THESE**

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

(D.E.S de MÉDECINE GÉNÉRALE)

Par

Alice LEVAUX  
Née le 06 Avril 1987 à Paris (75)

---

Présentée et soutenue publiquement le 6 Novembre 2018

---

**PRISE EN CHARGE DES TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX EN MÉDECINE DE VILLE :  
ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LOIRE-ATLANTIQUE**

---

Président : Madame le Pr Tamara MATYZIAK-BUDNIK

Directrice de thèse : Madame le Dr Aurélie BARON THURLOTTE



**UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2018

N° :

**THESE**

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

(D.E.S de MÉDECINE GÉNÉRALE)

Par

Alice LEVAUX  
Née le 06 Avril 1987 à Paris (75)

---

Présentée et soutenue publiquement le 6 Novembre 2018

---

**PRISE EN CHARGE DES TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX EN MÉDECINE DE VILLE :  
ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LOIRE-ATLANTIQUE**

---

Président : Madame le Pr Tamara MATYZIAK-BUDNIK

Directrice de thèse : Madame le Dr Aurélie BARON THUROTTE



## REMERCIEMENTS

**Au président du jury, Madame le Professeur Tamara MATYZIAK-BUDNIK,**

Vous me faites l'honneur de présider mon jury et je vous en remercie.

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

**À ma directrice de thèse, Madame le Docteur Aurélie BARON THUROTTE,**

Tu m'as accordé ta confiance pour la réalisation de ce projet et je t'en remercie.

Merci d'être une si bonne amie depuis notre rencontre.

**Au Professeur Adam JIRKA,**

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury et je vous en remercie.

**Au Professeur Céline BOUTON,**

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury et je vous en remercie.

**Au Docteur Luc COLAS,**

Tu me fais l'honneur de siéger à ce jury et je t'en remercie.

Merci aussi d'avoir participé à l'élaboration de ce travail.

**Aux Docteurs Frédéric VALLET et Erwan LEBRUN,** pour leurs enseignements en cardiologie et leur bonne humeur tout au long de mon premier semestre d'internat.

**Aux Professeurs Laure DE DECKER et Jean-Marie BRISSEAU, aux Docteurs Agnès ROUAUD et François-Xavier PILOQUET, ainsi qu'à toute l'équipe de la Médecine Aigüe Gériatrique,**

Je vous remercie pour vos enseignements. Vous m'avez fait découvrir et apprécier la gériatrie et la médecine interne et je vous en remercie.

**Aux Docteurs Sébastien PENARD et Michel BOURIGAULT,**

Merci d'avoir été de très bons maîtres de stage et de m'avoir transmis votre passion de la médecine générale.

**Au Docteur Anne MAYNADIÉ et sa famille,**

Merci pour les connaissances que vous avez partagées avec moi et pour votre gentillesse.

**Aux Professeurs Karine LEVIEUX, Bénédicte VRIGNAUD, aux Docteurs Julia GUILLOU et Fleur LORTON ainsi qu'à toute l'équipe des Urgences Pédiatriques et mes co-internes,**

Merci pour l'incroyable dernier semestre que j'ai passé à vos côtés.

Merci pour tout ce que j'ai appris et perfectionné en pédiatrie grâce à vous.

**A toutes les équipes des services dans lesquels j'ai été en stage,** merci pour vos enseignements.

**Aux médecins qui ont participé à ce travail,** merci pour votre disponibilité

**Au Docteur Denis MEKER et à Christine,** merci pour la confiance que vous m'avez accordée.

**À mon père Jean-Paul,**

Merci d'avoir toujours cru en moi pendant toutes ces années. Je te remercie de tout ce que tu as fait pour moi. Je te dédie ce travail.

**À ma mère Vanna et mon beau-père Bruno,**

Merci de partager votre bonne humeur et de vos passions.  
Merci aussi pour votre soutien sans faille.

**À mon grand-père Jean,**

Merci pour tout ce que tu m'as fait découvrir pendant toutes ces années passées ensemble.

**À mon frère Jean-Philippe,**

Merci d'être un frère malgré les moments difficiles.

**À Élisabeth et Alain, Anne-Marie et Tony,**

Merci pour votre gentillesse, votre générosité et votre soutien.

**À mes tantes Co Tu, Mo Ut, Mo Ba et Tata Rose,**

Merci pour vos rires et vos bons petits plats.

**À mes cousines et mes cousins,**

Merci pour votre bonne humeur à chaque fois que l'on se voit.  
Merci pour votre soutien.

**À Pierre Boucher,**

Merci d'être un ami fidèle depuis le début de nos études, et pour les moments extraordinaires qu'on a partagés.

**À Maëlle,**

Merci pour ton écoute, ta disponibilité et tes conseils depuis que l'on se connaît.  
Merci pour ta répartie, ton humour, ton amitié et tous les moments passés ensemble.

**À Audrey, Hélène, Jenna, Joris, Pierre, Jérémy, Clément, Mathieu, Émilien, Bertrand et tous les autres,**

Vous êtes tous exceptionnels. Merci pour toutes les découvertes et les moments passés ensemble.

**À Romain Guérif,**

Merci de m'avoir inspirée durant tout ce travail et surtout merci d'être là.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>5</b>
<b>ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>11</b>
1. DÉFINITIONS ET CRITÈRES DIAGNOSTIQUES .....	12
2. PHYSIOPATHOLOGIE DES TFI .....	14
3. MOYENS THÉRAPEUTIQUES .....	15
4. OBJECTIF DE L'ÉTUDE .....	16
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES .....</b>	<b>17</b>
1. MÉTHODES D'INTERVENTION .....	17
2. MÉTHODES DE SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON .....	18
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>19</b>
1. POPULATION ÉTUDIÉE .....	19
2. ANALYSE THÉMATIQUE DES ENTRETIENS .....	20
2.1. <i>Concernant le diagnostic</i> .....	20
2.1.1. Interrogatoire et examen clinique .....	20
2.1.2. Les examens complémentaires .....	21
2.1.3. Les spécialistes .....	23
2.2. <i>Concernant la prise en charge</i> .....	24
2.2.1. Les traitements médicamenteux .....	24
2.2.2. L'alimentation et le mode de vie .....	26
2.2.3. Les alternatives non médicamenteuses .....	29
2.2.4. Le discours du médecin au patient .....	30
2.2.5. La relation médecin-patient .....	32
2.3. <i>Les représentations du médecin</i> .....	35
2.3.1. Sur les patients .....	35
2.3.2. Sur la pathologie .....	38
2.3.3. Sur le diagnostic .....	39
2.3.4. Sur la prise en charge .....	40
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>45</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>52</b>
<b>VERBATIMS .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE 1 : LISTE NON EXHAUSTIVE DES FODMAPS .....</b>	<b>104</b>
<b>ANNEXE 2 : LES ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRECTIFS .....</b>	<b>105</b>
<b>ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN .....</b>	<b>106</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>107</b>



## ABRÉVIATIONS

AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

CRP : Protéine C Réactive

FODMAPs : Fructo-Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols

HAS : Haute Autorité de Santé

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

SII : Syndrome de l'Intestin Irritable

SMR : Service Médical Rendu

TFI : Troubles Fonctionnels Intestinaux

TSH : Thyroid-Stimulating Hormone

VS : Vitesse de Sédimentation

WGO : World Gastroenterology Organisation



## INTRODUCTION

Les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) sont caractérisés par l'association de douleurs abdominales chroniques, de ballonnements et de troubles du transit. Ce sont des pathologies courantes en médecine. Ils représentent entre 2 et 20% de la population (1–3).

Le diagnostic des troubles fonctionnels intestinaux est défini par les critères de Rome dont la première publication date de 1989. La dernière classification de Rome IV, publiée en mai 2016, précise le diagnostic et la classification des différents troubles fonctionnels digestifs et intestinaux. Elle met aussi en avant la relation entre le cerveau et l'intestin et modifie la nomenclature des troubles fonctionnels en troubles de l'interaction cerveau-intestin (4,5).

Autrefois considérés comme des somatisations de troubles psychologiques sous-jacents (6), les troubles fonctionnels intestinaux sont maintenant reconnus pour être multifactoriels (7). L'ensemble des symptômes résultent des interactions entre des facteurs anatomiques, psychosociaux, comportementaux et environnementaux (8).

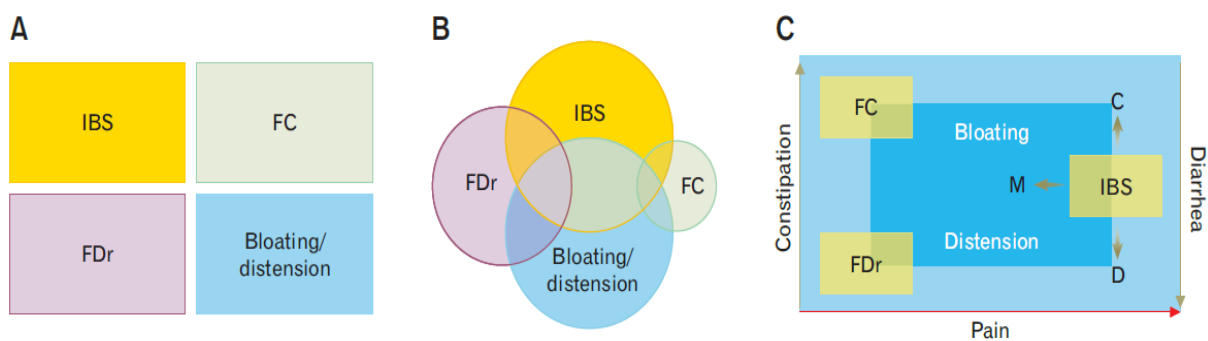
La prise en charge des TFI s'est modifiée ces dernières années suite aux progrès accomplis dans la compréhension de leur physiopathologie (9). Actuellement le traitement de première intention associe des mesures hygiéno-diététiques, des médicaments antispasmodiques ou des régulateurs du transit, mais la prise en charge n'est pas standardisée (6). Certains régimes alimentaires ont l'air prometteurs et les probiotiques semblent aussi avoir un impact bénéfique sur les symptômes (4). Par ailleurs les approches alternatives comme l'hypnose, la relaxation, la sophrologie et l'ostéopathie apportent d'autres solutions (6). Néanmoins, les traitements conventionnels s'avèrent souvent décevants pour le malade et le clinicien (10). Aucune prise en charge validée n'existe actuellement pour traiter les patients souffrant de troubles fonctionnels intestinaux (9,11).

L'objectif de cette étude est donc de faire l'état des lieux des pratiques des médecins généralistes en Loire-Atlantique concernant le diagnostic et la prise en charge des patients souffrants de troubles fonctionnels intestinaux.

## 1. DÉFINITIONS ET CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

La Société Nationale Française de Gastroentérologie définit les troubles fonctionnels intestinaux par des symptômes associant des douleurs abdominales diffuses ou localisées, un ballonnement abdominal, vespéral ou post-prandial, avec ou sans météorisme, et des troubles du transit. Les synonymes des TFI sont la colopathie fonctionnelle et le côlon irritable. Avec cette définition, les TFI représentent la plus fréquente des affections intestinales et atteignent 15 à 20% de la population (12).

Les critères diagnostiques ont évolué au fil du temps. Tout d'abord avec les critères de Manning en 1978, puis ceux de Kruiss en 1984 à partir de l'analyse de dossiers de patients. Ensuite un groupe d'experts internationaux a élaboré les critères de Rome, dont la première publication date de 1989. Ils ont évolué avec le temps : en 1999, les critères de Rome II ont été publiés puis ceux de Rome III en 2006 (1,13). En 2016, les critères de Rome IV mettent en valeur les interrelations qui existent entre les différents types de TFI contrairement aux précédents. Ils présentent également les troubles de l'interaction intestin-cerveau (5).



IBS : Irritable Bowel Disorder (Syndrome de l'intestin irritable)  
IBS-C : Syndrome de l'intestin irritable à prédominance de constipation  
IBS-D : Syndrome de l'intestin irritable à prédominance de diarrhées  
IBS-M : Syndrome de l'intestin irritable mixte (alternance diarrhée/constipation)  
FC : Functional Constipation (Constipation fonctionnelle)  
FDr : Functional Diarrhea (Diarrhées fonctionnelles)

*Figure 1 : Différents modèles pour expliquer les TFI/trouble de l'interaction intestin-cerveau.*

*(A) Rome I définit les différents TFI comme des entités différentes et indépendantes.*

*(B) Plus tard, Rome II et Rome III reconnaissent que ces troubles peuvent être en relation.*

*(C) Rome IV considère que les TFI existent dans un continuum et ne sont pas indépendants les uns des autres.*

*Adapté et reproduit d'après Whorwell et al (5,14)*

Le diagnostic des TFI repose sur des critères cliniques présents au cours des trois derniers mois avec apparition des symptômes au moins six mois avant le diagnostic :

1. Le syndrome de l'intestin irritable :

- Douleurs abdominales récurrentes, au moins une fois par semaine dans les trois derniers mois et au moins deux des critères suivants :
- Modification de la fréquence des selles
- Et/ou douleurs liées à la défécation
- Et/ou modification de l'aspect des selles

2. La constipation fonctionnelle :

- Deux des critères suivants lors de plus de 25% des défécations :
  - Efforts de poussée
  - Selles dures ou grumeleuses
  - Sensation d'évacuation incomplète
  - Sensation d'obstruction ou de blocage anorectale
  - Nécessité de manœuvres manuelles pour faciliter les défécations
- Et selles rarement molles sans l'utilisation de laxatifs
- Et critères insuffisants pour un syndrome de l'intestin irritable

3. Les diarrhées fonctionnelles :

- Selles molles ou liquides, sans prédominance des douleurs abdominales ou ballonnements gênants, lors de plus de 25% des défécations
- Et critères insuffisants pour parler de syndrome de l'intestin irritable

4. Ballonnements et distension abdominale fonctionnels :

- Ballonnements et/ou distension abdominale prédominants et apparaissant en moyenne au moins un jour par semaine
- Et critères insuffisants pour le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable, de constipation fonctionnelle, de diarrhées fonctionnelles ou du syndrome de détresse post-prandiale

5. Troubles fonctionnels intestinaux non spécifiques :

- Symptômes intestinaux non attribuables à une étiologie organique et qui ne rentrent pas dans les critères diagnostiques des quatre entités précédentes.

## 6. Constipation induite par les opioïdes :

- Constipation secondaire à l'utilisation de médicaments opioïdes.

C. Bowel disorders	
C1. Irritable bowel syndrome	C2. Functional constipation
IBS with predominant constipation	C3. Functional diarrhea
IBS with predominant diarrhea	C4. Functional abdominal bloating/distension
IBS with mixed bowel habits	C5. Unspecified functional bowel disorder
IBS unclassified	C6. Opioid-induced constipation

Figure 2 : Classification de Rome IV des TFI ou troubles des interactions intestin-cerveau (5)

## 2. PHYSIOPATHOLOGIE DES TFI

La physiopathologie des troubles fonctionnels intestinaux est encore imparfaitement comprise. De nombreuses études ont mis en évidence que ce sont des affections multifactorielles et complexes.

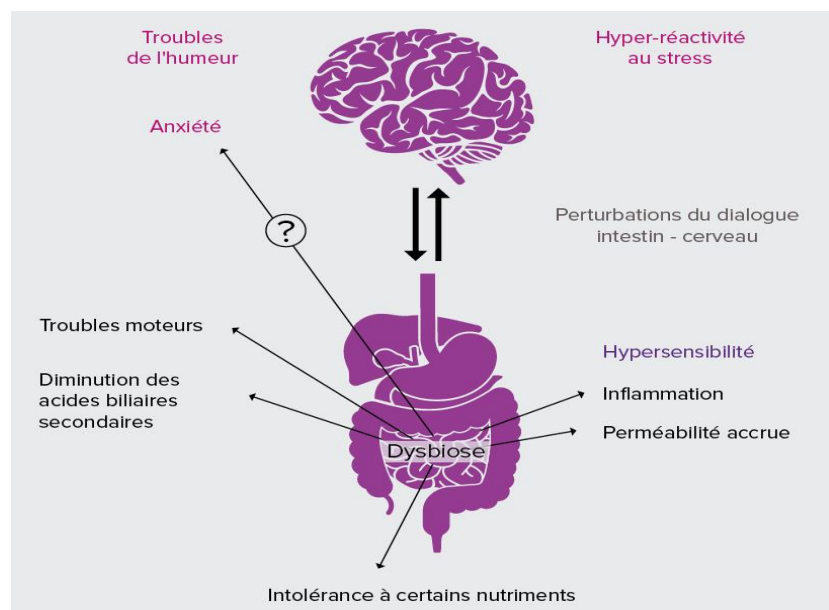
Le rôle des perturbations du microbiote est de plus en plus pris en compte. Cette dysbiose favoriserait les troubles moteurs intestinaux (4,15), la survenue d'une hypersensibilité viscérale (4), une augmentation de la perméabilité de la barrière intestinale (15), une inflammation de bas grade, une diminution des acides biliaires secondaires et un dysfonctionnement du « brain-gut axis ». (16–18)

D'autres éléments tels que l'alimentation, une infection digestive, des facteurs psychologiques auraient aussi un rôle dans la physiopathologie des TFI. (2,3,12,15–17)

Figure 3 :

Anomalies physiopathologiques contribuant à la survenue d'un TFI. Les flèches indiquent les perturbations dans lesquelles la dysbiose pourrait être impliquée.

(16)



### 3. MOYENS THÉRAPEUTIQUES

De nombreux traitements sont utilisés pour traiter les différents symptômes des TFI.

#### Médicamenteux

Le traitement médicamenteux de première ligne est celui du symptôme prédominant et de celui affectant le plus le patient (19). Pour ceux chez qui la douleur abdominale domine, les antispasmodiques sont le plus souvent utilisés (9,19,20). Les régulateurs du transit (laxatifs et antidiarrhéiques) peuvent aussi être utiles (19,20).

En deuxième ligne, les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs de recapture de la sérotonine s'avèrent efficaces mais avec certaines restrictions (7,9,19,20).

Les probiotiques ont montré de bons résultats dans le traitement des douleurs, des ballonnements, des troubles de l'exonération et dans la régulation du transit (9,19–22).

#### Non médicamenteux

- Conseils hygiénodiététiques

La préconisation de repas à heures régulières, équilibrés, diversifiés, un bon apport hydrique et une activité physique selon l'âge et le contexte de vie du patient peuvent avoir un effet bénéfique (20,23). Plusieurs essais ont démontré l'efficacité d'un régime pauvre en FODMAPs sur la sévérité des douleurs abdominales et le ballonnement (9,19,20,24–26) (Annexe 1).

L'huile essentielle de menthe poivrée (19,20) et l'augmentation de l'apport en fibres solubles comme le psyllium peuvent avoir un bénéfice (9,27).

- L'importance de la relation médecin-patient

Une bonne relation médecin-patient permet d'augmenter la satisfaction du patient, l'adhérence au traitement et diminuer les symptômes (7). Discuter avec le patient, de ses craintes pour le réassurer tant sur le plan de la cancérophobie que sur les facteurs de stress, permet de diminuer ses plaintes, les comportements d'évitement, éliminer les inquiétudes inutiles et résoudre les éléments aggravants (20).

- Autres thérapeutiques

Des interventions psychologiques telles que les thérapies cognitivocomportementales, la psychothérapie dynamique, l'hypnose peuvent aussi être efficaces (20).

L'ostéopathie et le yoga apparaissent aussi comme étant efficaces (9).

#### **4. OBJECTIF DE L'ÉTUDE**

Les troubles fonctionnels sont très fréquents en médecine générale et encore mal compris malgré les avancées scientifiques des vingt dernières années. La prise en charge a évolué, mais les traitements apparaissent souvent comme décevants pour le patient et le clinicien, et aucune prise en charge n'est standardisée compte tenu du faible niveau de preuve de certains moyens thérapeutiques.

L'objectif de notre étude est de préciser l'approche et le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de cette pathologie.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par la méthode des entretiens individuels semi-directifs.

### 1. MÉTHODES D'INTERVENTION

Devant l'absence de recommandations officielles, nous avons choisi un mode de recueil qualitatif. La technique des entretiens semi-directifs en face à face a été utilisée pour laisser un maximum de liberté de réponse à l'interviewé, lui laisser tout le temps nécessaire pour laisser libre cours à sa pensée et ainsi faire émerger des informations complémentaires, ce qui n'aurait pas été possible avec un questionnaire ou en discussion de groupe (28). Le principe détaillé de ces entretiens est détaillé en Annexe 2.

Pour notre étude, nous avons également rédigé un guide d'entretien (Annexe 3) testé auprès d'un médecin remplaçant et répété avec la directrice de thèse, ce qui a permis d'avoir des données reproductibles.

Au début de l'entretien, il a été rappelé aux interviewés qu'ils feraient l'objet d'un enregistrement audio mais que les informations recueillies resteraient anonymes et dans le cadre d'un travail de thèse. Le consentement était oral. Les médecins ont été interrogés à leur lieu, date et heure de convenance afin d'éviter les inhibitions dans le discours (29). En outre, la durée de l'entretien n'a pas été établie à l'avance. Il s'arrêtait à l'épuisement du sujet, qui se traduisait par des redondances ou lorsque l'interviewé indiquait ne rien avoir à ajouter malgré les relances de l'enquêteur (30).

Ensuite, la retranscription des entretiens a été faite de façon fidèle et complète. Les noms propres ont été retirés des verbatims et remplacés par des pronoms personnels. Enfin, les entretiens ont été analysés un par un en classant les informations par thème, puis nous avons rapproché les catégories identifiées pour effectuer un mapping et mettre en relation les données (31). Nous avons utilisé des citations pour l'analyse thématique afin de rester au plus près des propos des interviewés.

Suite à nos recherches bibliographiques, il n'a pas été retrouvé d'étude qualitative dans cette forme. Il s'agit donc d'une étude originale.

## **2. MÉTHODES DE SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON**

L'échantillon a été sélectionné parmi les médecins généralistes de Loire-Atlantique. Il s'agissait de médecins contactés par téléphone ou par mails à partir de l'annuaire. Une explication de l'étude a été faite lors de la prise de contact.

Conformément à la méthode de recherche qualitative, le critère de représentativité n'était pas recherché dans la mesure où le but de l'enquête est de mieux comprendre les pratiques des médecins vis-à-vis de ces troubles. Dans notre étude, la procédure de l'échantillonnage raisonné ou de variation maximale a été choisie afin d'être le plus représentatif possible. Elle consiste à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population cible avec la plus grande diversité possible (âge, sexe, mode d'exercice) (31).

Tous les médecins généralistes acceptant l'entretien étaient inclus.

Le nombre d'entretiens n'était pas défini à l'avance afin d'avoir le plus de données possible. Une comparaison des entretiens a été faite au fur et à mesure afin de construire progressivement l'échantillon. La saturation des données était acceptable quand des redondances apparaissaient dans les entretiens par rapport aux informations précédemment recueillies. Ainsi, l'étude s'arrêtait (28,31).

145 médecins ont été contactés, ce qui a permis de constituer un échantillon de 11 médecins.

# RÉSULTATS

## 1. POPULATION ÉTUDIÉE

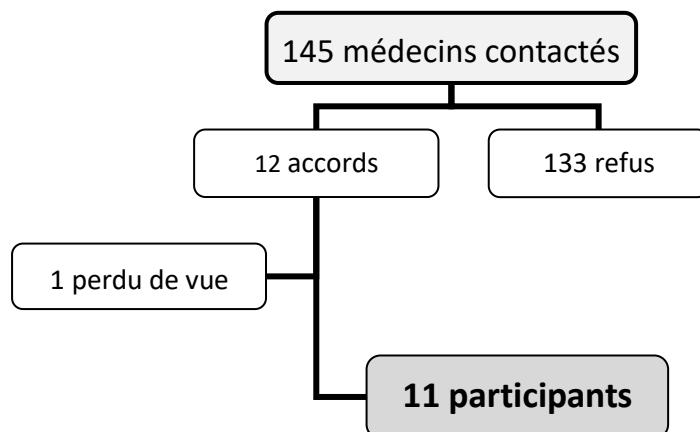


Figure 4 : Diagramme de la population étudiée

	Sexe	Cabinet	Date d'installation	Type exercice	Durée consultation
<b>M1</b>	Homme	Pluridisciplinaire	Installé depuis 1982	Rural	15 minutes
<b>M2</b>	Femme	Groupe médical	Installée depuis 2016	Urbain	20 minutes
<b>M3</b>	Femme	Groupe médical	Installée depuis 2005	Semi-rural	20 minutes
<b>M4</b>	Homme	Groupe médical	Installé depuis 1986	Rural	15 minutes
<b>M5</b>	Femme	Pluridisciplinaire	Remplaçante depuis 15 ans	Rural	20 minutes
<b>M6</b>	Femme	Groupe médical	Installée depuis 2016	Urbain	20 minutes
<b>M7</b>	Femme	Pluridisciplinaire	Installée depuis 2015	Urbain	20 minutes
<b>M8</b>	Homme	Seul	Installé depuis 1987	Urbain	20 minutes
<b>M9</b>	Homme	Seul	Installé depuis 2005	Urbain	20 minutes
<b>M10</b>	Homme	Pluridisciplinaire	Installé depuis 1996	Urbain	15 minutes
<b>M11</b>	Femme	Groupe médical	Installée depuis 1993	Semi-rural	20 minutes

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins ayant participé

Les entretiens se sont tous déroulés entre le 6 décembre 2017 et le 15 juin 2018.

Ils ont duré entre quinze et quarante-cinq minutes.

Neuf entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin interviewé. Un entretien s'est déroulé dans une salle privative d'un restaurant. Un entretien s'est déroulé dans une salle de réunion en maison de retraite.

## 2. ANALYSE THÉMATIQUE DES ENTRETIENS

*Les références entre parenthèses correspondent aux citations des entretiens.*

### 2.1. Concernant le diagnostic

#### 2.1.1. Interrogatoire et examen clinique

Tous les médecins ont dit que les patients atteints de TFI avaient des **douleurs abdominales**.

- Cinq (1, 5, 7, 9, 10) les ont décrites comme « diffuses » et « non systématisées ».
- Trois (1, 5, 7) ont précisé que ce sont « des plaintes somatiques multiples qui tournent autour du système digestif » (5-6), « du tractus digestif » (754)
- Le médecin 7 les a présentées comme pouvant être « épigastriques » (1238).
- Les douleurs étaient récurrentes pour sept médecins (2, 3, 6, 7, 8, 9, 11). Elles s'inscrivaient dans le temps avec « un historique ancien de douleurs répétées » (1608) pour sept d'entre eux (1, 4, 5, 6, 7, 9, 11), voire depuis « des dizaines d'années au moins » (637) pour le médecin 4.

Des **perturbations digestives** étaient associées aux douleurs :

- Des diarrhées, une constipation ou une alternance diarrhées-constipation pour sept médecins (1, 2, 4, 7, 8, 9, 11).
- Des difficultés de digestion pour les médecins 2, 9 et 11.
- Sept (1, 2, 5, 7, 8, 9, 11) décrivaient des ballonnements.

Les **signes négatifs** orientaient le diagnostic et permettaient d'éliminer des pathologies graves comme un cancer ou une maladie inflammatoire :

- Pour les médecins 1, 2, 6 et 10 : l'absence de signe de gravité, de rectorragies, de méléna, d'altération de l'état général, d'amaigrissement et de perte d'appétit ;
- Pour le médecin 1, l'absence de « syndrome caractérisé » (88) ;
- Pour le médecin 2, l'absence de fièvre pendant les épisodes douloureux ;

Six médecins (1, 2, 7, 8, 9, 10) trouvaient l'**examen clinique peu contributif**.

- Le médecin 1 a décrit des « histoires sans jamais de signe de gravité » (14) ;
- Pour le 2, l'examen était « normal avec un abdomen parfaitement souple » (313) ;
- Le médecin 7 a dit : « il n'y a pas grand-chose » (1242) ou « des douleurs un peu diffuses déclenchées par la palpation » (1243-4) ;

- Le médecin 8 trouvait « une sensibilité au niveau du cadre colique » (1387-8) ;
- Le médecin 10 palpait un « ventre douloureux à l'examen, un peu sensible dans l'ensemble sans systématisation, avec des borborygmes parfois un peu augmentés » (1607-8) et retrouvait « un météorisme abdominal » (1603).

Deux médecins pensaient que les TFI étaient accompagnés d'**autres troubles fonctionnels** :

- Des migraines pour les médecins 2 et 6 ;
- Des douleurs musculaires pour le médecin 6.

Aucun médecin n'utilisait les échelles et les classifications pour le diagnostic.

Ce dernier restait « **clinique** » (1239) pour le médecin 7, et d'« **élimination** » (190, 1395) pour les médecins 1, 8 et 9.

- Le médecin 9 a spécifié : « en général une colopathie, on la diagnostique aussi parce qu'il y a une négativité des autres résultats » (1618).

### **2.1.2. Les examens complémentaires**

Tous les médecins ont indiqué prescrire des examens complémentaires.

Cinq médecins (2, 3, 6, 9, 10) ont insisté sur la **nécessité** de ces examens.

- Le médecin 2 posait « rarement un diagnostic de troubles fonctionnels sans faire une coloscopie quand même avant » (290-1),
- Le 3 a dit : « avant de dire que c'est une colopathie fonctionnelle, c'est de faire en fonction du cas, des examens » (487-8),
- Les patients du médecin 6 « [avaient] aussi un bilan au minimum » (1098),
- Le médecin 9 a rapporté poser le diagnostic « sous réserve de coloscopie précédente » (1609)
- Le médecin 10 a exprimé : « on a besoin de faire des examens complémentaires » (1780-1) pour poser le diagnostic.

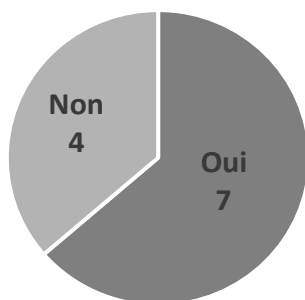
Trois médecins ont aussi dit prescrire des examens complémentaires **lorsque les symptômes perduraient** dans le temps et à la **demande du patient**.

- Le médecin 2 : « quand ça se répète dans le temps et qu'on sent qu'il y a une demande de la part du patient » (280),

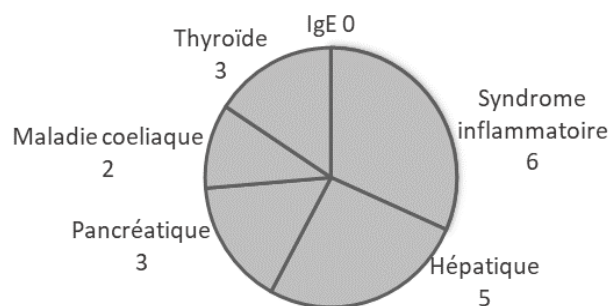
- Le médecin 4 a rapporté : « ils demandent un jour ou l'autre d'avoir des examens complémentaires » (641-2),
- Le 7 en prescrivait quand « les traitements symptomatiques n'amélior[aient] pas » (1265) les symptômes.

Sur le **plan biologique** :

- Sept médecins (1, 2, 4, 6, 8, 10 et 11) prescrivait une prise de sang, « classique » (675, 1109) pour les médecins 4 et 5.
- Parmi eux, le médecin 2 demandait à ce que le bilan soit fait « en période de poussée douloureuse » (281).
- Les médecins 7 et 10 en prescrivaient rarement. Ils le faisaient si l'inquiétude du patient était importante, si les symptômes persistaient plusieurs mois malgré les traitements, selon leur « feeling clinique » (1266, 1618).
- Les médecins 3 et 9 n'en prescrivaient pas. Ce dernier a insisté sur le fait qu'il n'y avait « pas d'examen systématique » (1622).
- Le médecin 5 n'en prescrivait pas du fait de son statut de remplaçante et pensait que c'était plutôt une affaire de spécialiste : « parce que je me dis qu'on va piquer pour un truc et qu'il y a des choses que moi je ne vois pas derrière » (882).
- Le médecin 4 conseillait un test qui dose « une palette de deux cent vingt produits » (714) en cas de suspicion d'intolérance alimentaire, mais qui reste cher et pas remboursé.
- Seul le médecin 8 préconisait une analyse des selles si le patient présentait des diarrhées et précisait que les examens complémentaires se réalisaient « rarement [...] en première intention » (1427).



*Figure 4 : Proportion de médecins prescrivant un bilan sanguin couramment*



*Figure 5 : Type de biologie prescrite parmi les médecins prescrivant un bilan biologique*

Sur le plan des **imageries** tous les médecins voulaient une **échographie** :

- « Quand même une fois » (283) pour le médecin 2,
- Le médecin 3 attendait que ce soit le gastroentérologue qui la prescrive,
- Le médecin 7 la prescrivait pour les mêmes raisons que le bilan biologique,
- Le 8 en deuxième intention,
- Les 9 et 11 la prescrivaient rarement. Ils l'ont présentée « comme un examen de débrouillage » (1992) pour éliminer un diagnostic différentiel, « pour explorer sur le plan gynécologique chez les femmes ; chez les hommes aussi pour aller voir les reins, le foie, le pancréas aussi on se méfie » (1624).

Le médecin 4 était le seul à demander parfois un **scanner** abdominal « un peu à la demande [des patients et] pour être rassuré » (643).

Pour ce qui est des **examens endoscopiques**, les médecins adressaient leurs patients au gastroentérologue.

### **2.1.3. Les spécialistes**

- Pour tous les médecins, le **gastroentérologue** était le spécialiste de choix pour poser ou confirmer le diagnostic de TFI, plus ou moins avec des examens endoscopiques.
- Trois médecins (2, 6, 9) ont précisé que l'avis du spécialiste et la **coloscopie** étaient **systematiques** : « on passera forcément, avant de faire le diagnostic, même si on le suspecte, par un bilan chez le gastroentérologue » (1103-4). C'est « après la consultation avec le gastroentérologue que [l'on confirme] le diagnostic » (1110-1) « sous réserve de coloscopie précédente » (1608). « Ils posent rarement un diagnostic de TFI sans faire une coloscopie quand même avant » (290).
- Trois praticiens (3, 4 et 10) demandaient l'avis du gastroentérologue **en cas de doute** diagnostique : « au bout de deux ou trois consultations, quand « je n'y arrive pas », quand je me dis « bah non, il y a peut-être quelque chose » » (498-9) ; « s'il y a des signes qui m'inquiètent » (1812), « si vraiment mes traitements symptomatiques ne marchent pas et que je revois le patient au bout d'un mois par exemple » (1813-4).
- Seul le médecin 8 a évoqué la **fibroscopie** en présence de symptômes gastriques.

Aucun médecin n'adressait les patients à l'**allergologue** sauf cas particulier ou une demande :

- Les médecins 2 et 9 comptaient sur le gastroentérologue pour « réorienter le patient » (1694) : « parce que pour les allergies au gluten par exemple [c'est plutôt] le gastroentérologue, qui fera les anticorps s'il a vraiment un doute » (413-5).
- Les médecins 1 et 7 les adressaient **si le patient en parlait** en disant : « il y a tel aliment qui me gêne ceci cela » (156), « j'ai mal au ventre, je me demande si ce n'est pas une intolérance » (1337-8). Dans ces cas le médecin 7 avait « facilement tendance à les envoyer chez l'allergologue » (1338-9).
- Le médecin 1 les adressait s'il avait « **une orientation** » (7) ou « un doute sur un aliment ou une classe d'aliment » (159-60).

## 2.2. Concernant la prise en charge

### 2.2.1. Les traitements médicamenteux

Tous les médecins ont dit que les traitements médicamenteux étaient **symptomatiques**.

Le traitement de première ligne était les **antispasmodiques** : « En traitement [...] souvent un antispasmodique et plus ou moins en fonction, selon cette première ligne » (337-8).

	Météospasmyl®	Météoxane®	Spasfon®	Débridat®	Duspatalin®	Librax®	Dicétel®
M1							
M2							
M3							
M4						α	
M5							
M6							
M7	+						
M8							+
M9							
M10							α
M11						α	

■ : Prescrit      □ : Non prescrit      α : Anciennement prescrit      + : Prescrit de préférence

*Tableau 2 : Antispasmodiques généralement utilisés par les médecins interrogés.*

Les médecins 5, 8 et 11 prescrivait aussi du **Smecta®** contre les diarrhées. Le médecin 2 ne prescrivait **pas d'antidiarrhéiques**. Pour les autres, les prescriptions suivaient les troubles.

Les médecins 9, 10 et 11 prescrivait des **antalgiques simples** comme le paracétamol.

Les médecins 4 et 11 prescrivait des **pansements digestifs** comme le Bedelix®.

Sept médecins (1, 2, 3, 6, 7, 9 et 11) prescrivait des **absorbants intestinaux** tels que le charbon activé, le Carbosymag®, le Carbosylane® contre les ballonnements.

Neuf médecins donnaient des **probiotiques** pour améliorer le transit :

- Le médecin 7 : « facilement » (1279) ;
- Les 2 et 10 : « plus ou moins sous forme de cure ; et quand ça marche sous forme de cure un peu répétée » (339-40) ;
- Le médecin 2 trouvait que : « les probiotiques associés à un antispasmodique ça marche plutôt bien » (461-2) ;
- Le 8 a dit : « pour les gens qui ont des choses simples c'est vrai que l'association Dicétel® (pinaverium) plus Smebiocta® c'est peut-être intéressant, peut-être que ça limite un peu, en partie les symptômes » (1454-6).

	Ultra-levure®	Probiolog®	Bacilor®	Smebiocta®	Alforex®	Pas de nom spécifique	Pas de probiotiques
M1							
M2							
M3						D	
M4							
M5							
M6							
M7						F	
M8							
M9							
M10							
M11							

■ : Prescrit      □ : Non prescrit      D : Prescription en dernière intention      F : Prescrit facilement

*Tableau 3 : Probiotiques préférentiellement utilisés par les médecins interrogés.*

Le médecin 1 suggérait la **menthe fraîche** « qui module justement le fonctionnement du système neurovégétatif au niveau intestinal » (49-50) et améliore le confort digestif.

Concernant les **anxiolytiques** :

- Deux médecins n'en prescrivait **pas** (2 et 3).
- Les autres en prescrivait **rarement** :
  - Le médecin 1 en donnait uniquement si les patients étaient « dans une période très anxieuse avec des troubles du sommeil, des difficultés d'endormissement ou des choses comme ça » (127-8) ; et des somnifères pour améliorer leur sommeil et leur confort ;
  - Pour six médecins (6, 7, 8, 9, 10, 11) c'était « sur un terrain bien particulier d'anxiété » (1209-10) « vraiment importante » (1916) ;
  - Les 7 et 8 ont précisé que le traitement se faisait à « petite dose » (1346).

Concernant les **antidépresseurs** :

- Trois médecins n'en prescrivait pas (1, 3, et 11).
- Les médecins 9 et 10 ont dit qu'ils en utilisaient rarement et plutôt ceux ayant « une visée anxiolytique » (1919).

De façon générale, « on **tourne un peu sur les produits** » (1675) pour les médecins 9 et 11. Les médecins 1 et 5 prescrivait plutôt des traitements qui avaient **déjà fonctionné** : « je leur demande ce qui marche le mieux chez eux » (41). À l'inverse, le médecin 1 essayait de **médicaliser le moins possible** (134-5) et le 4 disait à ses patients : « on n'a **pas toujours besoin** de médicaments, ou juste pour traiter les crises » (679-80).

## **2.2.2. L'alimentation et le mode de vie**

### **L'alimentation**

Tous les médecins donnaient des **conseils alimentaires de base** :

- « Avoir une alimentation aussi variée que possible » (61-2), de la « diversité [...] dans l'assiette y compris dans les modes de cuisson et les couleurs » (968-9) ;
- « Manger de tout » (1490), « régulièrement » (694), ne pas supprimer d'aliments, « ne pas faire d'excès » (1149, 1507) ;
- Faire trois repas par jour, prendre son temps pour manger (1839, 1844) ;

- Bien s'hydrater avec « un litre à un litre et demi d'eau par jour » (1289-90) ;
- Les médecins 5 et 8 conseillaient d' « éviter les produits transformés » (988, 1508) et de préparer ses propres repas.

Le médecin 5 a ajouté que ces conseils permettaient de « faire prendre conscience des différents nutriments et de l'équilibre qu'il faut » (979-80)

Les médecins fournissaient également des « **conseils plus ciblés** » (1684-5), « au coup par coup » (149) :

- Le médecin 2 cherchait « des choses à améliorer » (330) avec les patients ;
- Le médecin 3 disait juste : « ne mangez pas ce qui vous fait mal au ventre » (512-3) ;
- Le médecin 5 « ajust[ait] en fonction de ce que les gens [lui] rapport[ait] » (970-1) : « par exemple s'ils me disent qu'ils mangent énormément de pain et qu'ils ont des selles collantes, je vais leur dire de faire un peu attention et de varier » (962-4), « de limiter certains aliments comme les fibres ou autres, mais [en restant] dans cette zone-là sans aller dans le trop ou le pas assez » (969-70) ;
- Les médecins 4 et 10 suggéraient de « ne pas manger trop de choses qui donnent des gaz » (695-6), d' « éviter les boissons gazeuses, les choux, tout ce qui fermente » (1837-8) pour les patients ballonnés ;
- Les médecins 2, 7 et 10 recommandaient de « favoriser les fibres, de faire attention à tout ce qui est sucres » (1290-1), et ne pas « manger trop gras » (349, 1877-8) « parce que ce n'est pas très digeste » (1878) ;
- En cas de constipation :
  - Le 10 disait de « privilégier les légumes verts, les fruits juteux et les laitages » (1635-6) ;
  - Les médecins 10 et 11 préconisaient d'éviter les féculents (1825, 2006).

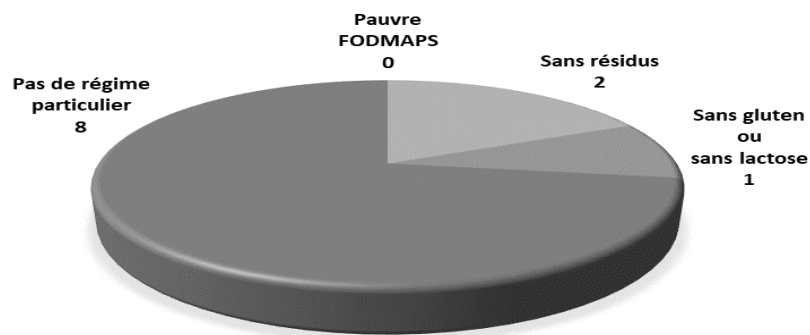
Aucun médecin n'incitait les patients à faire des **carnets nutritionnels** :

- Quatre médecins (1, 2, 6 et 7) conseillaient simplement de « repérer les aliments » (1171) et « de noter ce qui les embête » (179) en faisant « leur petite enquête » personnelle (1144).
- Le médecin 5 disait aux gens de noter les repas représentatifs de leur vie quotidienne afin qu' « il y ait une régularité » (946-7).

- Le médecin 8 pensait que « peut-être que ça serait une bonne idée » (1527).

Concernant les **régimes** :

- Huit médecins n'en conseillaient pas.
- Le médecin 4 préconisait de faire un test d'exclusion alimentaire temporaire : par un « test alimentaire sans gluten [...] et sans lactose aussi » (556-8).
- Les médecins 2 et 6 proposaient aux patients de « faire un régime sans résidus pendant quelques jours pour limiter les fermentations », mais sans « faire quelque chose de trop strict parce que c'est compliqué à appliquer » (1174-5).
- Seul le médecin 2 avait déjà entendu parler des régimes pauvres en FODMAPS.



*Figure 6 : Régimes conseillés par les médecins interrogés.*

### **Le mode de vie**

Les médecins évaluaient « **l'activité physique** » (330,478,1871) comme « la marche, la natation et les activités plutôt d'entretien » (478-9) « pour les inciter à en mettre en place si les patients n'en faisaient pas » (330-1).

Le médecin 2 ne prescrivait **jamais d'arrêt de travail** (336) et le 11 que très rarement (2051).

Les médecins 5 et 6 parlaient de la « **gestion du stress** » (1148) avec leurs patients. Il y avait deux situations pour le médecin 5 :

- Soit, ses patients avaient déjà mis des choses en place : « Les patients, parce ce qu'ils ont vraiment pointé des situations stressantes, récurrentes dans leur vie et du coup ça va de la pratique du yoga à la méditation ou autres, jusqu'à essayer de modifier ou d'éviter de se retrouver dans ces situations là quand ils ont la main plus ou moins dessus » (811-4) ;

- Soit, ils n'avaient rien mis en place et dans ce cas, elle les accompagnait pour trouver des solutions : « si eux n'ont rien mis en place, ce sont des choses dont je peux leur parler » (816-7) en trois étapes :
  - « est-ce que vous avez identifié les situations stressantes ? » (817)
  - « une fois qu'elles sont identifiées, est-ce que vous pensez pouvoir avoir un minimum de main dessus ou pas ? » (817-8)
  - « Si c'est le cas qu'est-ce que vous pouvez envisager de faire pour ne pas vous retrouver dans ces situations-là ? Si vous n'avez pas la main, y a-t-il d'autres solutions ? » (819-20).

Les médecins 5 et 7 interrogeaient les patients sur leurs **habitudes de vie** et le médecin 6 insistait sur le fait d'avoir une **bonne hygiène de vie** sans « faire trop d'excès » (1144), en dormant bien, en prenant le temps.

### **2.2.3. Les alternatives non médicamenteuses**

De façon générale, les médecins 2, 4, 6 et 10 pensaient que les méthodes alternatives fonctionnaient bien « selon la sensibilité de la personne » (1720-1).

Le médecin 1 jugeait ne pas avoir d'avis que la question. Le médecin 11 conseillait d'essayer « tout ce qui peut leur faire du bien » (2016).

#### **Sophrologie**

Sept médecins (2, 4 à 7, 9 et 10) trouvaient la sophrologie **bénéfique**.

- Le médecin 2 a précisé que c'était « plutôt quelque chose d'intéressant [...] par rapport au rapport au corps » (388-9) et que c'était « un peu plus facile de leur proposer ce genre de solution que d'aller voir le psy » (389-90) ;
- Le 4 a dit : pour « les patients réceptifs [...] c'est ce qui marche le mieux » (706-7) ;
- Le médecin 10 trouvait la sophrologie utile pour se relâcher.

Le médecin 8 ne proposait pas la « sophrologie en tant que telle » (1463).

#### **Relaxation**

Sept médecins (4 à 10) pensaient que la relaxation avait des **effets positifs**.

- Le médecin 10 pensait que la relaxation aidait à décompresser.

- Le médecin 4 la trouvait efficace, mais qu'elle « va dépendre de la sensibilité de la personne » (1720-1).
- Le médecin 8 a parlé spécifiquement de la méthode Schultz : « les gens apprennent à se relâcher, à se détendre et puis contrôlent un peu leurs réactions. » (1462-3), « tu apprends les exercices et tu peux le reproduire quand tu veux, tu n'as besoin de personne, et là tu rends les gens autonomes » (1464-6).

### Psychologue

Cinq médecins (2, 3, 6, 8 et 9) proposaient à leurs patients d'aller voir un psychologue. Le médecin 9 a ajouté y avoir « beaucoup recours [...] en général » (1719).

Cependant, le médecin 2 a précisé que cela pouvait être à double tranchant et que les patients pouvaient « se sentir délaissés » (390).

Le médecin 4 a indiqué que souvent « les hommes ne voul[ai]ent pas » (708).

### Autres

Les médecins 5 et 7 adressaient leurs patients à l'ostéopathe et les 3, 6, 7 à l'**acupuncteur**.

Les médecins 4 et 10 n'orientaient pas vers l'**hypnotiseur**

Le médecin 6 proposait aussi d'aller voir un **énergéticien** et de faire de la **médecine chinoise**, tout ce qui peut aider les patients.

#### **2.2.4. Le discours du médecin au patient**

Trois médecins ont dit que l'annonce du diagnostic se faisait en **plusieurs temps** :

- Le 6 a rappelé : « je leur en ai déjà parlé avant » (1115),
- Le 8 : « ça ne s'annonce pas comme ça, ça se prépare », « on annonce au fur et à mesure » (1546-7)
- Le 9 : « une fois que le diagnostic est posé, on en reparle de temps en temps, on recible un peu » (1737-8).

Concernant l'**annonce** :

- Tous les médecins rassuraient les patients en disant que la pathologie « n'est **pas grave** » (19, 122, 384, 440, 677, 1089, 1351, 1655-6, 1907).
- Le médecin 2 rajoutait qu'elle n'est « **pas évolutive** » (440-1).

- Six médecins (2 à 4 et 8 à 10) montraient que « les **examens** sont rassurants et **normaux** » (323-4) :
  - « C'est un moyen détourné des fois de les calmer en leur montrant une prise de sang qui est normale. Ce n'est pas très rationnel, mais des fois ça permet de calmer l'angoisse » (669-71).
  - Ceci permettait également de montrer aux patients que les **autres diagnostics avaient été éliminés**. Le médecin 10 leur disait : « c'est une pathologie non organique, on ne craint pas un cancer, on ne craint pas des maladies compliquées » (1905-6) ;
- Les médecins 9 et 10 ont insisté sur le fait que c'était une **maladie fréquente** « en leur disant « vous savez j'en vois toutes les semaines » pour les rassurer et leur dire qu'ils ne sont pas tout seuls » (1936-7).
- Quatre médecins (1, 2, 8 et 9) **donnaient le nom de la pathologie et l'expliquaient** :
  - « On leur donne le diagnostic « vous avez un côlon irritable » ou une « colopathie fonctionnelle » » (1653-4), « on leur explique ce que c'est et pourquoi » (1536), « ce que ça veut dire » (1654-5), « d'où vient leur douleur » (1555), et « que ça peut être récidivant » (371).
  - Le médecin 2 racontait aux patients qu'ils avaient une **sensibilité plus accrue** à la douleur « comme des gens qui [avaient] toujours mal au dos, d'autres, mal à la tête, d'autres c'est le ventre » (368-9), mais en donnant de **l'espoir** en leur disant que « peut-être dans l'avenir ça ira mieux » (441).
  - Le médecin 9 **prenait le temps** d'expliquer « pour [que les patients] comprennent et qu'ils puissent gérer leurs problèmes après » (1665-6).

Tous les médecins expliquaient le **lien entre le psychique et le physique** aux patients tout en **reconnaissant leurs douleurs**.

- Le médecin 2 leur expliquait : « vous ne vous inventez pas des douleurs, mais vous avez une sensibilité accrue de l'intestin, il réagit fortement et ça peut être majoré par le facteur stress ou l'anxiété » (381-3) ;
- Le 3 « [aimait] bien leur dire que l'intestin est le deuxième cerveau » (520). Il leur faisait « comprendre que c'est en fonction de leur vécu, des événements. » (523-4) ;

- Le médecin 8 leur annonçait : « votre ventre, quand vous n'allez pas bien, il y a quelque chose qui ne fonctionne pas bien, bah votre c'est un signal d'alerte qui vous dit « attention tu ne vas pas bien, je ne vais pas bien et je te le dis » » (1537-9). Alors, les patients pouvaient « peut-être se demander si ce [n'était] pas en rapport avec une certaine excitation, un problème, une fatigue, un trouble relationnel ou des choses comme ça » (1548-50) ;
- Le 11 leur disait : « c'est une expression de leur anxiété et ces troubles se majorent en général quand il y a des petits soucis ou des problèmes particuliers » (1976-7).

Toutes ces **explications aideraient** les patients selon le médecin 8 : « le fait de mettre un nom sur quelque chose [...] la douleur déjà diminue en intensité, on n'a rien fait de plus, mais au moins on a mis un mot que quelque chose qui est désagréable, parce qu'il y a la crainte, il y a l'appréhension » (1553-7).

De plus, les médecins **impliquaient les patients** dans leur prise en charge en « cherch[ant] avec eux » (1550). Ils utilisaient le « on » (95, 332, 1548, 1558) dans leur discours. Ils les **autonomisaient** notamment vis-à-vis de la gestion du stress et de leur alimentation.

### **2.2.5. La relation médecin-patient**

La prise en charge des patients nécessitait une **relation de confiance** pour tous les médecins.

- Le praticien 9 « [constatait] des patients très fidèles, parce qu'il y a un échange de confiance » (1646, 1732-3),
- Le médecin 4 n'avait **pas** constaté **de nomadisme** et connaissait bien ses patients.
- Le 8 a souligné que « la demande des gens [...] c'est [...] qu'on leur dise ce qu'on fait et qu'on fasse ce qu'on leur dit » (1584-5).
- Le 3 a rapporté : **les patients se connaissent et il faut faire confiance à leur ressenti.**

Afin de bâtir cette relation de confiance, les médecins considéraient les patients dans leur **globalité** et ont dit avoir une **prise en charge personnalisée** :

- Le médecin 2 a dit : le traitement « dépend des gens » (333, 340, 347) ;
- Le 5 « compos[ait] avec le patient » (1039) ;
- Le 9 « abord[ait] la personne dans son ensemble » (1709-1710) ;
- Le 10 que c'était « au cas par cas » (1872) ;

- Pour les 2 et 9, il fallait faire « en fonction du patient » (1677-78) ;
- Pour les médecins 6 et 7, il fallait aussi « voir leurs habitudes de vie » (1283) pour savoir « ce qui est possible ou pas dans leur quotidien » (1175-6).

Tous médecins ont ajouté qu'une **écoute active et attentive** ainsi que de **l'empathie** étaient bénéfiques. Il était bien de **reconnaître la douleur et les problèmes** des patients :

- Le médecin 2 a dit : « ça ne veut pas dire qu'ils n'ont pas mal. Leur douleur est réelle et je ne remets pas en cause ça » (324-5) ;
- Le médecin 3 : « je discute plusieurs fois » (517), « je l'ai écoutée » (590) ;
- Le médecin 4 était « plus dans la relation psychologique » (702) et dans l'écoute ;
- Le médecin 5 « [essayait] d'être le plus à l'écoute possible » (1039-40) et a ajouté : « parfois il faut juste plus de temps pour écouter » (1041-2) ;
- Le médecin 6 a précisé que les patients avaient « besoin de se sentir écoutés ». « Des fois ils viennent en sachant que je ne vais rien faire de plus, mais juste pour parler, donc moi je les prends beaucoup en charge pour l'écoute » (1181-2) ;
- Le médecin 8 a ajouté : « pour un médecin l'écoute c'est indispensable et parfois les gens viennent juste pour ça » (1482-3), « le fait d'avoir été écouté, [...] entendu, [...] pris en compte, déjà ça limite un peu les dégâts » (1472-3). Après ça, « la personne parfois va beaucoup mieux » (1468). Il a précisé que « les gens [avaient] besoin de [...] sentir qu'on les écoute, et qu'on a pris en compte leurs problèmes » (1551-2).

D'un autre côté, pour le médecin 11 il fallait aussi du **recul** : « il ne faut pas que le trouble fonctionnel intestinal communique son anxiété au médecin traitant » (1950-1).

Par ailleurs, tous les médecins pensaient qu'il fallait **du temps avec le patient pour prendre en compte ses inquiétudes et répondre à ses attentes** :

- Le 10 a dit : « s'il faut déborder, je déborde » (1743), « je prends le temps » (1755).
- Le médecin 1 trouvait que : « les patients reviennent sans arrêt, ils ont toujours les mêmes plaintes » et « cherchent toujours une réponse » (222-3).
- Les médecins 2 et 5 ont donné les examens complémentaires en exemple :
  - Le 2 : « Quand [...] on sent qu'il y a une demande de la part du patient, bah du coup je demande quand même un bilan bio [...] ; et puis aussi en général une échographie abdominale » (280-1) ;

- Le médecin 5 a dit ajouter des « examens complémentaires en fonction [...] du patient s'il est hyper stressé par ses douleurs et qu'il y met tout un tas de potentialité » (794-6) ;
- Les patients étaient demandeurs de guérison :
  - Ceux du médecin 7 lui auraient dit : « mais il n'y a rien qui marche, docteur trouvez-moi absolument quelque chose » (1367-8). Même ceux qui venaient pour « la première fois [pensaient qu'elle allait] avoir la solution » (1369-70) ;
  - Le 11 a précisé : les patients « veulent qu'on les soigne » (1982).

De plus, il fallait **rassurer le patient** en lui expliquant son parcours de soin, en démontrant que les examens étaient négatifs et en leur donnant des informations claires :

- Le médecin 1 a dit « on a fait ça, on a fait ça, on a fait ça, on ne voit rien » (95-6) ;
- Le médecin 2 a raconté : « c'est à nous de les informer et de les aiguiller » (441-2) ;
- Quatre autres (4, 7, 10 et 11) ont rapporté que « ce que [les patients] veulent c'est d'être rassurés » (643, 1258, 1895, 2038) ;
- Les médecins 5, 9 et 11 ont souligné l'importance du discours : « ça dépend de comment nous on le transmet aussi » (1645-6), il faut expliquer « au patient qu'il va avoir un parcours de soins qui va l'orienter » (1694-5) et « faire en sorte que le patient sorte de la consultation en ayant compris ce qu'il a » (1754-5).

Néanmoins, les médecins 1, 4 et 5 ont rappelé que l'on devait aussi **respecter les limites du patient en laissant une porte ouverte**, mais c'est le 5 qui a le mieux précisé ce point :

- « Je n'insiste pas non plus si je vois que la personne n'est pas là-dedans, je lance une petite graine et je me dis que peut-être un jour ça poussera » (791-2) ;
- Elle disait aussi que l'aisance et **l'expérience du médecin** sur le sujet permettaient d'avoir plus de réponses de la part du patient : « Je me suis rendu compte que si on demande juste « bah au niveau des selles ça va ? » ils répondent « oui, oui ». Et puis finalement derrière quand [...] on demande « qu'est-ce que ça signifie pour vous, qu'est-ce que ça veut dire en fréquence ? », on se rend compte que leur « oui, oui », ce n'est peut-être pas [...] un rythme de selles que nous définissons comme normal » (757-61) ;
- « Je l'aborde d'une manière plus posée avec l'expérience et la consultation » (786-7).

## 2.3. Les représentations du médecin

### 2.3.1. Sur les patients

Il y avait une **prédominance** féminine pour huit médecins (2 à 6, 8, 10 et 11). Deux (1 et 7) ne se sont pas prononcés et le médecin 9 pensait qu'il y avait plus d'hommes. Deux médecins ont apporté des précisions :

- Le médecin 9 trouvait les femmes « moins plaintives » (1630) : « elles vont mieux comprendre le diagnostic et donc mieux l'intégrer à leur vie » (1644-5). Elles consultent moins (1632). Il pensait aussi que les hommes avaient « des tableaux plus intenses » (1634-5) ;
- Le médecin 5 a dit : « les femmes en parlent beaucoup plus, mais je ne suis pas sûre que ce soit plus les femmes. Je trouve qu'on est encore sur des générations de patients où les femmes sont plus à l'écoute de son corps que l'homme. » (1045-7)

De plus, tous les médecins trouvaient que les patients avaient « un **profil psychologique particulier** » (9-10) : ils sont **anxieux** (10, 308, 552, 655, 1095, 1250, 1347, 1634, 1792), **stressés** (795, 916, 1094, 1147, 1434), **hypersensibles** (1136), **hyperémotifs** (1137).

Cependant, le « tableau anxieux visible pour les médecins [n'est **pas forcément**] **reconnu** par le patient lui-même » (1643-4) qui a parfois une **mauvaise compréhension** du diagnostic :

- Le 1 a dit : « le plus difficile [... c'est de] leur faire prendre conscience qu'il y a peut-être quand même un lien entre leur anxiété, le fond [...] et cette symptomatologie » (225-7) ;
- Le 2 a raconté, à propos d'une patiente : « je ne sais pas si elle a vraiment identifié qu'elle était colopathe alors qu'on n'arrête pas de le lui dire » (435-6) et qu' « il y a un peu un déni » (439) ;
- Le 4 a rapporté : si on « [leur] demande s'ils sont anxieux la réponse est non, et puis d'un coup ils s'aperçoivent que c'est lié à leur stress, qu'ils n'avaient pas tilté qu'ils avaient eu des ennuis de famille ou autres et que ça avait eu une incidence directe » (656-9).
- Le 5 a dit que pour certains mots « [elle] ne [savait] pas ce qu'eux [pouvaient] y mettre » (958-9).

Des médecins ont souligné l'**impact négatif des TFI** sur la vie des patients :

- Le médecin 6 trouvait que les TFI étaient « très handicapants au quotidien, générateur[s] d'arrêt de travail [et] d'une mauvaise qualité de vie » (1084-5) ;
- Le médecin 5 a ajouté que les patients « exprimaient leur souffrance » (847) ;
- Le 8 a dit : « on a des situations qui sont [...] pour certains [...] compliquées » (1544).
- À l'inverse, le médecin 11 a rapporté : « Il y a rarement d'arrêt de travail. Gros retentissement, non je ne pense pas quand même » (2052).

Les médecins 1 et 2 ont fait part du **malaise** des patients parce que « ça les inquiète » (8). Ce sont « des gens qui **consultent beaucoup** [ou] dès la moindre petite douleur » (310).

Ensuite, les médecins trouvaient que les patients avaient un **besoin de certitude** :

- Le médecin 1 a dit que les patients « cherch[ai]ent toujours une réponse » (223) ;
- Le 3 a rapporté : « si on ne va pas jusqu'au bout et qu'on ne démontre pas qu'il n'y a rien, de toute façon [les patientes] reviennent jusqu'à temps que voilà » (537-9) ;
- Le médecin 6 : « ce sont des gens qui contrôlent toujours tout ce qu'ils mangent parce qu'ils ne savent pas ce qu'ils vont pouvoir manger » (1086-7) et « que de toute façon ils ne sont pas contents avant qu'on n'ait pas été au bout » (1104-5).

De plus, certains médecins ont exprimé la **déception des patients vis-à-vis de la médecine** :

- Le médecin 6 a dit : les patients « ont l'impression surtout de ne pas être écoutés par le corps médical. Ce sont souvent des gens qui ne sont pas contents » (1087-8) ;
- Le 7 a rapporté qu'ils étaient aussi « un peu en colère contre la médecine traditionnelle » (1368-9).

Les médecins trouvaient que les patients étaient **parfois obnubilés par l'alimentation** :

- Avec une « tendance à supprimer des produits » (62) pour le médecin 1 ;
- Le 4 a dit que « les gens [étaient] un peu phobiques sur les aliments » (694-5).

L'inquiétude des patients se voyait aussi, car ils « se renseignaient beaucoup » (97, 1158) « sur Internet » (98, 1563) et venaient avec des **références** pour les médecins 6, 8 et 9. Pour le médecin 8, cela pouvait être un « signe d'orientation » (1569) en faveur d'un caractère « un peu obsessionnel » (1564). À l'inverse, les médecins 3, 10 et 11 n'ont pas remarqué que les patients venaient avec des références.

D'autre part, les médecins 3, 4 et 5 ont mis en évidence **plusieurs types de patients** :

- Pour le médecin 3 : « soit les femmes peuvent entendre et dans ce cas-là, on peut commencer à parler de choses utiles ou pas [...], mais souvent elles n'entendent pas et je ne peux pas faire grand-chose » (510-2) ;
- Pour le médecin 4, « il y a des gens qui arrivent à bien comprendre que c'est lié à leur stress [...] leur mode de fonctionnement [...]. Puis il y en a d'autres, on a l'impression qu'ils ont compris le discours, mais dès qu'ils ont mal au ventre ils reviennent vous voir, systématiquement, avec le même protocole [...], les mêmes plaintes » (678-82).
- Pour le médecin 5, il y avait trois modèles de patients :
  - a. **Ceux qui ne font pas attention** : « ceux qui en sont au point où oui, ils savent plus ou moins [que le stress agit sur leurs symptômes], mais c'est comme ça et ils préfèrent occulter que de regarder » (806-8).
  - b. **Ceux qui font un peu attention** : « ils répondent effectivement, plus ou moins. Je pense qu'ils auraient envie de répondre « bah je ne regarde pas » » (766-7), « certains c'est un peu loin, ils ont lu ou entendu un peu à la radio, mais ce n'est pas encore très présent dans leur vie » (779-80) ; « certains sont prêts à voir que leur vie est stressante et chercher comment faire » (805). Aussi, elle « [trouvait] que les patients s'exprim[aient] très peu là-dessus » (755) : ils sont « de plus en plus sensibilisés à ça, et que même si spontanément ils ne vont pas en parler, dès qu'elle va sur cette thématique elle sent que ça fait écho » (777-9). « Aujourd'hui [...] ils sont un peu moins réticents » (786).
  - c. **Ceux qui sont à l'écoute de leur corps, qui sont attentifs à leur mode de vie, leur alimentation et leur confort** : « qui savent dire « bah je sais que quand je mange ça, que j'ai fait un repas un peu trop riche, je me rends compte que ça agit, etc. ». [...] Les plus précis sont ceux qui sont les plus à l'écoute et qui ont déjà fait un certain nombre de parallèles entre leur mode de vie, leur alimentation et leur confort ou inconfort digestif » (769-73) ; « d'autres ont pris ça à bras le corps et ont déjà été éduqués en tant qu'enfant » (780-1) ; « ceux qui ont déjà vu et qui commencent à mettre des choses en place » (806).

### 2.3.2. Sur la pathologie

Tous les médecins ont dit que les **consultations** duraient environ vingt minutes, mais qu'ils débordaient s'il le fallait, car ce type de trouble était « **chronophage** » (1592). Aussi ils trouvaient cette pathologie **récurrente** :

- « On en parle souvent » (353) pour le médecin 2 ;
- « Les gens viennent tous les mois parce qu'ils ont mal au ventre » (503-4) pour le médecin 3 ;
- Le médecin 4 avait « l'impression, à six mois d'intervalle de refaire la même consultation » (682-3).

De plus, le médecin 5 a rappelé qu'on **manquait de temps** en consultation, car plusieurs sujets étaient abordés par le patient : « ils ne consultent généralement pas que pour ça [...] et puis on ne peut pas aller au bout de tous les motifs de consultation en un quart d'heure ; c'est navrant, mais c'est comme ça » (872-4). Aussi, « un colopathe fonctionnel [...] ce n'est jamais vraiment que ça uniquement » (890-2). Elle disait donc aux patients : « la prochaine fois que vous consultez, peut-être revenez pour **consulter que pour ça** » (871-2).

Concernant la **fréquence** des consultations de patients avec des TFI :

- Cinq médecins (1, 2, 6, 8 et 11) ont dit en avoir au moins deux par semaine ;
- Le 5 en avait « toutes les semaines voire même peut-être tous les jours » (935-6) ;
- Les médecins 3 et 4 entre un et deux par semaine et le 10 au moins un par semaine ;
- Pour le 9 « c'[était] quasi-quotidien, mais en parler précisément c'[était] plutôt tous les dix jours » (1738-9) ;
- Le 7 a dit qu'il en avait peu ;
- Le 8 ne s'est pas prononcé.

Les médecins considéraient que le **stress majorait les symptômes des TFI** :

- Le médecin 4 a dit : « ça fait des poussées un peu plus fortes » (661).
- Le médecin 8 pensait que : « très souvent quand c'est fonctionnel, il suffit que le temps change un peu, que l'engueulade avec la belle-mère se soit passée et puis c'est bon » (1429-31). Il se demandait : « est-ce que c'est le mode de vie qui a changé, est-ce que c'est la relation entre les un et les autres, ou les problèmes conjugaux ou familiaux qui s'arrangent ou de boulot » (1589-90) qui a amélioré les symptômes.

### 2.3.3. Sur le diagnostic

Tous les médecins ont évoqué **le principe d'incertitude et le besoin de certitude** :

- Cinq médecins (1, 2, 3, 8, 9) ont déjà eu des « doutes » (159, 287, 488, 1423, 1690) ;
- Le médecin 5 a dit qu' « [elle se posait] toujours la question : « est-ce que c'est bien ça ? » » (1027-8) ;
- Le 6 a raconté : « il y a plein de choses qu'on ne maîtrise pas par rapport à ça » (1220-1) et « on ne comprend pas très bien » (1223-4). « De toute façon, avant de parler de colopathie fonctionnelle [...] [les patients] passent tous chez le gastroentérologue, parce que je veux être sûre qu'il n'y ait pas autre chose » (1095-8) ou « quelque chose derrière » (1105-6) ;
- Le 8 a ajouté : « on peut être persuadé de quelque chose et ce n'est pas la réalité, donc il faut toujours être très prudent » (1579-80) ; « on fait une médecine par les preuves » (1582) ;
- Le 11 a dit : « on se demande toujours s'il y a quelque chose d'organique derrière » (1952-3) et certains examens complémentaires sont prescrits pour « rassurer le médecin » (2040).

Les médecins 2 et 11 ont rapporté une **répétition des examens paracliniques** :

- Le 2 a dit : « des fois on craque et on re prescrit » (451) ;
- Le 11 a raconté : « souvent on refait les examens qui ont déjà été faits deux ans avant » (1953-4).

Le médecin 1 a fait part d'une **certaine fatalité dans le fait de prescrire des examens** : « on finit toujours par leur faire une biologie, on finit toujours par faire faire une échographie pour commencer [...] puis bah ça finit avec une coloscopie » (15-8).

À l'inverse, les médecins 4 et 5 tentaient de **limiter les examens complémentaires invasifs** : Ils allaient « plutôt adresser au spécialiste parce que [il se disaient] qu'on [allait] piquer pour un truc alors qu'il y [avait] des choses qu'[ils ne voyaient] pas derrière et que c'[était] un petit peu dommage » (881-3) de répéter les examens.

Il n'y avait **que le médecin 9 qui avait « des difficultés de pose du diagnostic »** (1764). Pour les autres « ce n'[était] pas très compliqué [...] parce que [...] ça se présent[ait] toujours de la même façon » (4), « assez typique, [avec] tout un tas d'éléments [...] très

concordants » (735). Ça ne [posait] pas de problème » (193, 490). C'était un « diagnostic d'élimination » (190, 1395).

Deux médecins ont précisé ce qu'était, pour eux, le **travail de généraliste** :

- Le 1 en disant que « [son] boulot [était] de connaître les signes qui sont évocateurs, et d'éliminer les choses graves » (121)
- Le 8 pensait que le médecin généraliste « [faisait] une grosse part de travail d'approche, d'accompagnement » (1707-8).

D'autres médecins ont parlé de la **nécessité de soutien du spécialiste** :

- Le 2 a rapporté que les patients « [avaient] besoin de la parole du spécialiste » (287)
- Le 3 a dit : « les choses sont dites comme moi, mais ça a plus d'impact » (501) ;
- Le 9 « compt[ait] sur le gastroentérologue » (1695).

#### **2.3.4. Sur la prise en charge**

Le médecin 4 n'avait **pas de difficultés de prise en charge**, il parlait d'une « maladie un peu de tous les jours en médecine générale, [...] pas déplaisante à prendre en charge » (746-8).

Le 11 ne trouvait pas « les patients plus difficiles que ça » (2045).

Cependant, **les autres ont raconté leurs difficultés dans ce domaine** :

- Les 1 et 10 ont annoncé : « sur la prise en charge [...] c'est difficile » (378-9, 1924) ;
- Le 3 a dit : « c'est [...] compliqué » (616-7) ;
- Le 5, qu' « [elle n'était] jamais vraiment à l'aise avec rien » (1023) ;
- Le 6, qu'il n'était « pas si à l'aise que ça » (1220) et que « oui ce sont des choses qui [le] mett[aient] en difficulté un petit peu quand même » (1227-8) ;
- Le 8, qu' « on [faisait] comme on [pouvait ... mais que] ce n'[était] pas toujours faisable » (1572)
- Et le 10, que ce n'était « pas toujours facile à prendre en charge » (1777).

Deux médecins ont raconté leur **manque de connaissances concernant les TFI** :

- Le 7 aurait aimé « en savoir plus parce qu'au niveau de la physiopathologie on ne sait pas trop, c'est compliqué d'expliquer au patient ce qu'il se passe » (1349-50) ;
- Le 8 a dit : « ce sont des choses qui ne sont pas claires, on ne sait pas d'où ça vient, à quoi c'est dû, et on ne retrouve pas grand-chose sur le plan organique » (1380-2).

Le médecin 2 a reconnu avoir des **difficultés pour faire comprendre ce que sont les TFI au patient** :

- « Ils ont du mal à accepter que ça fasse partie de leur fonctionnement » (365-6). « Du coup je ne sais pas si ma patiente a vraiment identifié qu'elle était colopathe alors qu'on n'arrête pas de le lui dire » (435-6).
- « En pratique, il y a des fois où effectivement, on a beau essayer de leur dire les choses, parfois ils ne l'entendent pas » (449-50).

Deux médecins ont dit qu'ils n'étaient **pas satisfaits de la prise en charge** :

- Le 2 : « ce n'est pas évident quoi. Je pense qu'on peut mieux faire au niveau de la prise en charge » (353-4) ;
- Le 5 : « ce n'est pas très satisfaisant dans le sens où j'ai l'impression qu'on recolle un patch par-dessus » (1060-1) et « je trouve que ce n'est pas satisfaisant, car j'aimerais bien l'aider, je sens qu'il y a moyen, mais là bon c'est plus compliqué » (1067-9).

Plusieurs médecins ont fait part de leur **manque de connaissances en nutrition** :

- Le médecin 4 utilisait des techniques d'évitement : « je ne rentre pas dans ce jeu-là, je n'ai pas beaucoup de connaissance là-dessus donc je botte en touche » (697-8) ;
- Le 5 a raconté : « je ne suis pas nutritionniste et je ne me sens pas capable de véritablement leur fournir une marche à suivre suffisamment précise » (960-1) ;
- Le 7 : « j'avoue que je me retrouve un peu bloquée au niveau nutrition » (1294-5), que « je n'ai pas eu beaucoup de cours ni de connaissances là-dessus » (1302) ;
- Le médecin 8 a dit : « si ça me paraît complexe [...] en général je passe la main ; peut-être par manque de pratique de ce côté-là » (1688,90) ;
- Le 9 : « ça me paraît un petit peu complexe au niveau alimentaire » (1685) ;
- Le 10 : « je n'ai pas les connaissances pour donner des conseils comme ça » (1885-6) « parce ce que tout ce qui est diététique je ne suis pas forcément très calé » (1925).

Le médecin 3 a rapporté une **déception vis-à-vis de leurs conseils alimentaires** :

- Le 3 a dit : « ce n'est pas forcément avoir bien géré le truc parce qu'il aurait dû garder un peu de gluten » (534-5).

Quelques médecins étaient **méfiant vis-à-vis des régimes** :

- Le médecin 2 concernant les régimes pauvres en FODMAPS a dit : « c'est un labo qui m'en avait parlé » (396) ;
- Le médecin 3 : « franchement, c'est très rare que ce soit efficace, qu'il y ait un résultat » (560-1) ;
- Le 5 a dit : « le tout sans gluten il y a eu un gros buzz là-dessus, et c'était un peu la facilité du médecin » (1002-3) ;
- Le 8 a raconté être « très dubitatif sur les notions de mode. Alors les études c'est intéressant à voir, mais enfin après on va s'apercevoir que oui, mais l'étude est faussée parce qu'il y a eu tel ou tel machin, puis on va revenir en arrière » (1504-6).

D'autres ont souligné un **manque de connaissances sur les régimes pauvres en FODMAPS** :

- Le 2 a dit : « on a eu un truc récemment avec la localité, mais je n'ai pas encore lu le compte-rendu, il devait nous faire un truc sur les FODMAPS justement » (396-8) ;
- Le 8 : « je ne connais même pas ces régimes » (1511).
- Les autres médecins ne les ont pas évoqués.

Le médecin 2 a souligné qu'il était **difficile de modifier les habitudes de vie** :

- « Je trouve qu'ils ont du mal à accepter [...] qu'il faille changer leur fonctionnement, leur alimentation » (365-7).

Le médecin 7 a confié un **manque de connaissance en éducation thérapeutique** :

- « Je pense qu'on n'est pas très bon en éducation thérapeutique » (1301).

Trois autres pensaient que **c'était une pathologie récidivante et qui demandait du temps** :

- Le 2 a annoncé : « c'est un peu plus long » (476) ;
- Le 5 a dit : « le facteur temps est important surtout dans tout ce qui est du domaine fonctionnel » (1029-30) ;
- Le 8 : la même chose.

Par ailleurs, le médecin 5 a **mis en garde contre le fait de prendre des raccourcis** : « parfois je pars sur mon truc, mais que parfois il faut juste plus de temps à écouter, et des fois on enlève quelques cases dans lesquelles on était parti sur les premiers mots du patient et

voilà » (1041-3) et « ce qui me fait peur dans être à l'aise c'est qu'après c'est l'autoroute et on ne réfléchit plus » (1024-5).

Cette dernière a annoncé suivre une **formation complémentaire qui lui permettait d'avoir une vision plus générale et complète** : « on apprend quand même de façon plus globale les interactions entre les différents systèmes, pas tout à fait comme à la faculté de médecine » (904-5), « il y a cette sensibilité-là que je suis un peu en train d'affiner » (910-1).

Le médecin 1 a énoncé des **difficultés à calmer les patients** : « on n'arrive pas à les rassurer » (17), même en « essay[ant] de le rassurer et [...] on n'y arrive jamais quoi (122).

Cinq autres étaient **contrariés de ne pas bien soulager les patients** :

- Le médecin 1 a raconté : « Ce qui est plus difficile à gérer ce sont les patients ; qui reviennent sans arrêt, qui ont toujours les mêmes plaintes » (194-5) ;
- Le 6 : « on a beaucoup de mal à les soulager » (1091), « on n'[y] arrive pas » (1221) ;
- Le 7 : « les médicaments ne fonctionnent pas forcément » (1351-2) ;
- Le 9 : le patient « ne guérit pas, que ça l'ennuie » (1761) ;
- Le 11 : « souvent on a essayé beaucoup de choses et ils reviennent » (1988-9).

Les médecins ont partagé leur **déception vis-à-vis des traitements médicamenteux** :

- Le 1 a dit : « sur le plan thérapeutique, bah il n'y a pas grand-chose à faire, parce qu'il y a toujours les mêmes produits, les médicaments » (36-7) ;
- Le 3 : « ça marche rarement » (506) ;
- Le 4 : « quand on introduit un médicament, on ne sait pas si c'est l'effet placebo ou le contact avec le patient, mais ça calme » (689-91) ;
- Les 7 et 11 : « les médicaments ne fonctionnent pas » (1351).

Plusieurs médecins pensaient **manquer de connaissances sur les probiotiques et avaient peu confiance** :

- Le médecin 3 a rapporté : « je suis incapable de dire quel probiotique » (570-1) et « ça ne marche pas vraiment » (572) ;
- Le 6 : « les probiotiques c'est très très à la mode [...] je les prescris plus dans d'autres indications parce que les colopathes au final ça ne leur fait rien du tout » (1200-3) ;
- Le 7 a ajouté que ses « compétences [étaient] limitées dans ce domaine » (1279-80) ;

- Le 11 a avoué se « méfier toujours de ce qui sort » (2033) ;
- Le médecin 1 a souligné **l'ambiguïté bénignité – traitement** existante : « il me dit que ce n'est pas grave, mais il me dit de prendre un truc pendant six mois » (240-1).

Concernant les **médicaments à visée psychiatrique, deux médecins mettaient en garde contre la surconsommation et l'escalade thérapeutique** :

- Le 1 pensait : « si on commence avec les anxiolytiques, les machins, les trucs, c'est sûr qu'on va les calmer quelque part, mais s'ils se mettent dans la tête que c'est l'anxiolytique qui va calmer le truc, ils vont bouffer ça sans arrêt et on va avoir du mal à limiter les traitements » (136-9) ;
- Le 7 a dit : « [commencer] toujours petit parce que [...] on [allait] arriver très vite dans les psychotropes » (1476-7).

Le médecin 6 a avoué ne **pas avoir d'a priori sur les médecines « alternatives »** : « tout ça pourquoi pas si ça peut les aider à gérer leur stress » (1189).

Le médecin 7 a mis en avant **d'autres lacunes concernant la relation médecin-patient** :

- « Je pense qu'on n'est pas très bon en éducation thérapeutique » (1301).

Les médecins ont rapporté que les **patients les mettaient en échec. Ils mettaient également leur parole en doute** :

- Le 3 : « parfois ils arrivent à nous mettre en doute » (450-1) et « ils nous mettent parfois en échec » (458) ;
- Le 9 : « des fois il y a une rupture et c'est perdu pour cette consultation » (1756). Aussi, il y a « souvent un nomadisme médical ; mais comme pour tout problème de santé où ils ont l'impression de ne pas être écoutés » (1120-2) ;
- Le 10 : « parfois ma parole ne suffit pas » (1818) ;

Par contre, deux médecins avaient **espoir en la médecine** :

- Le 6 « [se disait] qu'un jour on trouvera peut-être quelque chose pour les soulager » (1221-2) ;
- Le 10 a annoncé : « on a un bon arsenal thérapeutique » (1926), on peut « varier un peu les traitements [...], on change et on arrive à trouver quelque chose qui marche » (1911-3).

## DISCUSSION

Les troubles fonctionnels intestinaux sont fréquemment rencontrés en médecine générale, toutefois leur diagnostic et leur prise en charge restent peu codifiés.

Selon l'Evidence Based Medicine, il est possible de faire un diagnostic positif de TFI en se basant uniquement sur la clinique (32) et en suivant différents critères diagnostiques (critères de Rome, de Manning) développés par les Sociétés Savantes Internationales de Gastroentérologie (5,7,33). Les critères cliniques décrits sont tous recherchés par les praticiens de notre étude. En effet, les médecins généralistes retrouvent la présence de douleurs abdominales non spécifiques, anciennes et récurrentes chez leurs patients présentant des TFI (20,33). Ils diagnostiquent également des perturbations digestives à type de diarrhées et/ou constipation ainsi que des ballonnements et des difficultés de digestion (20,32,33). Pourtant, ces classifications ne sont ni connues ni utilisées par les médecins de notre étude (32,34,35).

Il existe également une relation entre les symptômes et un profil psychologique particulier, voire un état anxieux ou dépressif, qui n'est pas toujours reconnu par le patient lui-même (5,20,36–40). Par ailleurs, des études ont montré une prédominance féminine (34,37,41–44), mais ce résultat est discuté (45). En outre, plusieurs articles mentionnent l'association de ces troubles à des manifestations extradiigestives comme des céphalées, des lombalgies chroniques, des symptômes urinaires, un syndrome de fatigue chronique, une dyspareunie ou une fibromyalgie (15,32,37,46). Ces particularités ressortent dans les entretiens de notre étude.

Malgré ces critères, certaines publications soulignent un examen clinique pauvre (8,47). La plupart des praticiens interviewés insistent sur cette particularité.

En effet, le diagnostic reste d'élimination (6,20,44) pour la plupart des médecins interrogés. Dans la majorité des cas de notre étude, un minimum de bilan est finalement réalisé et une partie des médecins généralistes considèrent les examens complémentaires comme nécessaires.

Il est vrai que certaines études conseillent de réaliser un bilan biologique à la recherche d'un syndrome inflammatoire, d'une maladie cœliaque, d'une anomalie des bilans hépatiques ou

pancréatiques, d'une dysthyroïdie voire d'une allergie ou d'une intolérance alimentaire en présence de signes évocateurs (15,20,46,48–51). Dans ce contexte, les pratiques des médecins sont en accord avec ces publications.

À l'inverse, la coprologie n'est pas recommandée dans le bilan initial des TFI (11,46), exceptée pour certains auteurs en cas de diarrhées persistantes (15,32,33,52). Un seul médecin la prescrit dans ce cas particulier.

De même, les imageries radiologiques comme l'échographie et le scanner n'ont pas fait la preuve de leur intérêt dans la démarche diagnostique des TFI (3,20,32), pourtant tous les médecins ayant participé à notre étude demandent une échographie. Le scanner est prescrit par un médecin.

Cependant, en dehors de la rentabilité diagnostique faible des examens complémentaires chez des patients atteints de TFI, le risque est de mettre en évidence une anomalie sans rapport avec les symptômes signalés par le patient ce qui peut conduire à une escalade thérapeutique (32). Ces examens ont également un coût que des articles ont rappelé (53,54). C'est pourquoi plusieurs publications et conseils de pratique préconisent de faire des examens complémentaires uniquement en présence de signes d'alarme ou pour rassurer les patients très inquiets (15,20,32). Lors des entretiens, les praticiens ont justifié ces prescriptions en rappelant l'inquiétude des patients et la possibilité d'une pathologie organique sous-jacente extra-intestinale (32,55).

Plusieurs publications parlent de l'importance des « signes d'alarme » que sont des rectorragies, un amaigrissement, des symptômes nocturnes, un âge supérieur à 50 ans, des antécédents familiaux de cancer ou de polypes coliques, une apparition ou une modification récente des symptômes et la résistance au traitement habituel (1,8,20,32,46,52). Ces signes d'alarme sont bien connus et recherchés par tous les médecins interrogés.

Ils sont également évoqués par les Sociétés Savantes de Gastroentérologie pour recommander la coloscopie, notamment lorsque le patient présente du sang dans les selles ou une forme diarrhéique (alors en association à une endoscopie haute). Dans ce cas, le médecin généraliste peut être amené à répondre aux questions des patients sur cet examen et expliquer le rapport bénéfice-risque en incluant le risque d'anesthésie générale. (10,11,47) Malgré cela, tous les médecins de notre étude adressent leurs patients chez le gastroentérologue pour prendre son avis sur le diagnostic et la conduite à tenir.

À l'inverse, ils orientent vers l'allergologue ou le nutritionniste uniquement si les patients soulèvent explicitement le lien entre leur alimentation et des symptômes d'intolérance alimentaire (ballonnements, flatulences, douleurs abdominales et diarrhées) (51). Même si les mécanismes physiopathologiques des TFI ne sont pas encore parfaitement compris, ils sont probablement mixtes et semblent inclure des composantes alimentaires, d'hypersensibilité viscérale et d'inflammation de la muqueuse, ce que certaines publications soulignent (20,40,44,51,56), Il serait donc intéressant de rechercher ces éléments à l'interrogatoire afin de conseiller au mieux les patients.

En effet, ces derniers réclament fréquemment des conseils nutritionnels parce qu'ils font le lien entre leurs symptômes et l'alimentation. Les études confortent ce point et les conseils diététiques font intégralement partie de la prise en charge des TFI (20,57).

Dans un premier temps, il est indiqué de donner des conseils alimentaires de base (11,20,23) comme le font tous les médecins interviewés. Ces conseils sont de faire trois repas par jour, à heures régulières, en évitant d'avoir faim ou de se sentir le ventre « trop plein » ; de manger lentement, au calme en mâchant bien les aliments ; de réduire la quantité d'aliments gras, épicés, de café et d'alcool ; d'éviter les boissons gazeuses ; d'avoir une alimentation diversifiée et une bonne hydratation avec au moins 1,5 L d'eau par jour (46,58–60). Lancé en 2001, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) recommande également d'éviter les produits transformés (59) comme le préconisent deux médecins interrogés.

Ces conseils sont bien entendu à ajuster à chaque patient (44,61).

Alors que les régimes sont régulièrement remis en cause par rapport à leur efficacité souvent floue ou mal évaluée (58) et que les médecins en parlent peu, le régime pauvre en FODMAPs a montré des résultats prometteurs et apparaît même comme le régime de premier choix (20,24,26,44,62) après les conseils hygiéno-diététiques. Ces sucres seraient responsables de fermentations qui imitent ou amplifient les symptômes des TFI (63,64). Ce régime s'appuie sur la diminution et l'éviction d'aliments riches en sucres fermentescibles ; par exemple le fructose, le galactose et le lactose (liste non exhaustive en annexe 1) ; tout en privilégiant les aliments pauvres en FODMAPs. Au bout de quatre à huit semaines, en cas d'amélioration des symptômes, on tentera de réintroduire les aliments, classe par classe afin d'identifier la ou les catégories auxquelles le patient est sensible (65,66). Toutefois, malgré les portées prometteuses de ce régime, une étude suédoise a montré qu'il n'était pas supérieur à une

alimentation « saine et équilibrée » (63,66) comme décrite par l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, alimentation, environnement et travail (ANSES) et le PNNS (59,60).

Concernant les autres régimes, une publication ancienne (2004) conseille de faire un régime temporaire sans résidu pour atténuer les symptômes d'une crise douloureuse aiguë (58). Seulement deux médecins de notre étude le proposent. Les tests d'exclusion du gluten ou du lactose ne semblent pas avoir démontré leur efficacité (20), mais un médecin les prescrit.

Dans cette prise en charge nutritionnelle plus ou moins complexe, la tenue d'un carnet alimentaire pourrait avoir son intérêt (35,51,67) comme le suggère un des praticiens interrogés. Dans notre étude, aucun médecin ne l'utilise.

En plus des conseils alimentaires, l'ANSES et la World Gastroenterology Organisation (WGO) conseillent d'augmenter l'activité physique pour réduire les symptômes de TFI (20,60) avec au moins 30 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité modérée (marche rapide), au moins 5 fois par semaine ou avec une activité physique intense durant environ 25 minutes au moins 3 jours par semaine. Les médecins interrogés l'évaluent et essaient de la faire augmenter chez leurs patients.

En dépit de tous les conseils que l'on peut donner, plusieurs études sociologiques témoignent du fait qu'il reste difficile de changer les habitudes de vie (68,69). Un des praticiens interrogés a insisté sur ce point tandis qu'un autre a soulevé le fait que les médecins avaient encore des progrès à faire en éducation thérapeutique. Il serait donc intéressant de prendre un temps en consultation pour réexpliquer les règles hygiéno-diététiques en les adaptant au patient, en fonction de son mode de vie et avec l'aide d'un carnet alimentaire. Si les symptômes persistent, les médecins pourraient conseiller le régime pauvre en FODMAPs en faisant plus ou moins appel à un spécialiste en nutrition. Dans notre étude, les médecins reconnaissent avoir des lacunes dans ce domaine et certains sont même demandeurs d'une formation complémentaire en nutrition.

Par ailleurs, pour soulager les plaintes physiques des patients, les médecins généralistes de notre étude prescrivent des traitements médicamenteux symptomatiques, ce que suggèrent aussi certaines études (21,35,70,71).

Dans ces cas, les douleurs abdominales étant souvent au premier plan, les articles et conseils de pratiques proposent de prescrire des antispasmodiques en cas de crise, et ce, de façon temporaire (11,12,33,72,73). Dans notre étude, tous les médecins suivent ces

recommandations. Au sein de cette classe médicamenteuse, la Siméticone a prouvé son efficacité au cours de plusieurs études importantes (74,75), mais le Service Médical Rendu (SMR) reste faible (76). La Trimébutine (48,77) et le Phloroglucinol (9,75,78,79) ont montré de bons résultats sur la diminution des douleurs abdominales. Ces trois spécialités sont prescrites par la plupart des médecins interrogés. La Mébévirine a montré des résultats contradictoires (33,48,75,80) et est peu utilisée.

Il en va de même pour les autres traitements symptomatiques (pansements intestinaux et régulateurs du transit) (12,81).

À noter que le charbon activé a montré une bonne efficacité contre les ballonnements dans certaines études (34,82–84) et les médecins proposent aux patients d'en prendre.

De même, l'huile essentielle de menthe poivrée aiderait à bien diminuer les spasmes abdominaux (3,20,42,71). Un seul médecin interviewé connaît l'intérêt de la menthe. D'autres plantes comme le psyllium ont montré un effet bénéfique sur les TFI (54,85), mais elles sont encore discutées (33). Elles n'ont pas été évoquées par les praticiens interrogés.

D'un autre côté, certaines études suggèrent que les traitements médicamenteux à visée psychiatrique ont un effet bénéfique à faible dose (9,12,54,86). La majorité des médecins en prescrit rarement et uniquement lorsque les patients présentent un tableau anxieux très important, ils privilégient alors des anxiolytiques à petite dose. Les antidépresseurs ne sont pas utilisés par les médecins de notre étude.

Plus récemment, des anomalies de la flore digestive chez des patients atteints de TFI ont été démontrées et plusieurs études soulignent l'effet positif des probiotiques sur ces troubles (21,48,87). L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont fourni des recommandations les concernant. Les souches sélectionnées doivent être destinées à l'homme et être nommées selon le Code international de nomenclature. La stabilité et la viabilité des produits contenant des probiotiques doivent être assurées tout au long du processus de fabrication, mais aussi au cours de la conservation. Il faut aussi une quantité suffisante en probiotiques pour, d'une part survivre lors du transit digestif et, d'autre part proliférer au sein de l'intestin et exercer l'action bénéfique. Il doit également y avoir une innocuité et une excellente tolérance du probiotique. Enfin, les effets bénéfiques doivent être prouvés par des études valables, non biaisées et propres à chaque souche. (88,89)

De plus, selon la WGO, certaines spécialités citées par les médecins sont plus efficaces que d'autres. Les *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 (Ultra-Levure®) améliorent le score de qualité de vie, le *Lactobacillus plantarum* 299v (Smebiocta®) apporte un soulagement des douleurs abdominales (90), le *Bifidobacterium infantis* (Alforex®) a démontré un effet positif sur la perception globale des symptômes notamment chez les femmes (91). À l'inverse, l'association de *Lactobacillus acidophilus* et *Bifidobacterium lactis* (Probiolog®) n'a pas montré d'efficacité significative. (92)

La majorité des médecins interrogés proposent à leurs patients de prendre des probiotiques, mais la plupart reconnaissent manquer de connaissances à ce sujet. Alors, ils conseillent aux patients de prendre l'avis de leur pharmacien. Par ailleurs, une publication souligne la méfiance de certains médecins vis-à-vis des probiotiques (22) ce qui a aussi été mis en évidence dans notre étude.

Malgré toutes les possibilités médicamenteuses, certaines études rapportent la déception des patients vis-à-vis de la médecine conventionnelle (70,93). Les médecins de notre étude font également part de leur insatisfaction concernant ces traitements. C'est probablement pour cela que les patients se tournent vers des méthodes dites « alternatives » comme les thérapies cognitivocomportementales, la relaxation, la sophrologie et l'hypnose qui ont montré de bons résultats (21,37,48,55,94). L'acupuncture est jugée inefficace sur la base d'études contrôlées (55,95), mais proposée par trois des médecins interrogés. D'autres types comme l'ostéopathie sont encore à l'étude (55,96) même si elle est proposée par deux médecins.

Une meilleure connaissance de ces pratiques pourrait aider le médecin généraliste à mieux conseiller les patients.

En effet, il est nécessaire de prendre le temps avec le patient, pour discuter de toutes les possibilités thérapeutiques afin de choisir celles qui seront les mieux adaptées à ses troubles ainsi qu'à leur impact biopsychosocial et environnemental (97–99), tout en respectant ses limites (100,101). C'est pourquoi il est important que le patient garde un certain rôle dans l'évolution de sa prise en charge et que les médecins de notre étude s'efforcent de l'impliquer et de l'autonomiser le plus possible. Ils s'attachent également à répondre aux questions du patient sur les TFI (40) et à prendre en considération ses différentes demandes (102). En pratique, celles-ci sont fortement influencées par des préoccupations concernant le

retentissement de ses troubles au quotidien. Il est vrai que des publications récentes soulignent l'impact négatif des troubles fonctionnels intestinaux sur la qualité de vie des patients (5,7,20,36,38,48,57), bien qu'ils puissent parfois avoir du mal à s'exprimer sur ce sujet (7).

Ainsi, l'importance du travail de réassurance, de l'écoute attentive et de l'empathie est rappelée dans des publications à propos de ces pathologies fonctionnelles et chroniques (8,46,94,97–102). En effet, les auteurs incitent les médecins à reconnaître la douleur du patient devant lui et à ne pas remettre ses plaintes en question (11,20,21,46,103,104). Dans le discours spécifique aux TFI, bien qu'il soit parfois difficile de faire comprendre le diagnostic aux patients (6,9), ces articles conseillent de donner le nom de la pathologie et d'en expliquer les tenants et les aboutissants. Ils recommandent également de montrer la négativité des examens, de préciser que ce n'est ni grave ni évolutif et que c'est plutôt fréquent. Ils préconisent également d'informer au mieux le patient sur la physiopathologie, même si certains médecins généralistes de notre étude reconnaissent un manque de connaissances à ce sujet.

En pratique, toutes les propositions de ces auteurs sont appliquées en consultation par les praticiens interrogés, ce qui permet d'obtenir une relation médecin-patient de confiance (97,99) et d'établir le projet de soins adapté au patient.

Néanmoins, le caractère multifactoriel, la récurrence et les nombreuses possibilités thérapeutiques de ces troubles rendent leur prise en charge complexe et chronophage (13,34). En effet, les médecins de notre étude prennent plus de temps avec les patients atteints de TFI, au risque d'être en retard. C'est pourquoi des consultations dédiées longues et la reconnaissance du caractère chronique complexe de cette pathologie pourraient améliorer la prise en charge des patients atteints de troubles fonctionnels intestinaux.

## CONCLUSION

En réalisant une étude sur les troubles fonctionnels intestinaux, nous touchons à une pathologie fréquente en médecine générale et à un problème d'actualité. En effet, leur traitement est souvent décevant pour les patients et le clinicien, bien que des publications récentes apportent des pistes thérapeutiques prometteuses, notamment avec le régime pauvre en FODMAPs et les probiotiques. Il était alors intéressant d'interroger les médecins généralistes sur leurs pratiques et leur ressenti vis-à-vis de ces troubles.

Même si le diagnostic paraît ne pas poser de problème majeur aux praticiens, ils multiplient souvent les examens complémentaires, pour le confirmer et rassurer les patients. Une plus large utilisation des critères des Sociétés Savantes de Gastroentérologie pourrait limiter la prescription de ces examens et permettrait également de mieux expliquer le diagnostic au patient. En effet, les patients sont souvent demandeurs d'explications et de conseils, du fait de l'impact négatif des TFI sur leur qualité de vie et de leur profil psychologique particulier, le plus souvent avec une tendance anxieuse.

En outre, face au caractère multifactoriel et récurrent de ces troubles ainsi qu'à l'absence de recommandations officielles françaises, notre étude fait ressortir que les médecins se sentent parfois démunis dans la prise en charge.

Il est vrai que les patients sont fréquemment déçus de la médecine conventionnelle. Ainsi, ils se tournent vers des thérapeutiques dites « alternatives » souvent peu évaluées scientifiquement. Par ailleurs, les découvertes récentes sur l'alimentation et les régimes ainsi que sur les probiotiques entraînent des difficultés pour les médecins de notre étude, qui ont reconnu un manque de connaissances approfondies sur ces sujets, mais principalement un manque de temps en consultation pour conseiller au mieux leurs patients. Une plus grande place de la nutrition et de l'éducation thérapeutique dans la formation, et surtout des consultations dédiées complexes de pathologie chronique permettraient d'avoir une prise en charge de qualité pour les patients atteints de troubles fonctionnels intestinaux.

D'autres études de plus grande ampleur sur l'éducation thérapeutique et la prise en charge nutritionnelle des troubles fonctionnels intestinaux en médecine de ville seraient intéressantes pour corroborer nos observations.

# VERBATIMS

## 1 ENTRETIEN 1

2 Présentation du sujet de la thèse.

3 AL : Bonjour, comment définiriez-vous les troubles fonctionnels intestinaux ?

4 M1 : Alors ce n'est pas très compliqué si vous voulez parce que pour le diagnostic ça se  
5 présente toujours de la même façon, ce sont des gens qui ont des plaintes somatiques  
6 multiples qui tournent autour du système digestif, c'est vrai. Ils ont toujours, mal au ventre,  
7 ils ont toujours des gaz, ils ont toujours un transit plus ou moins régulier, et puis ça dure  
8 depuis longtemps, et surtout ça les inquiète, la plupart du temps parce que, très très  
9 souvent, ce sont des gens qui ont une présentation psychologique, un profil psychologique  
10 particulier. Ce sont des gens qui sont un petit peu naturellement anxieux ; enfin moi dans  
11 l'expérience que j'ai en tous cas, la plupart du temps. Je n'ai jamais vu colopathe qui n'avait  
12 pas de signe d'anxiété, quelque part.

13 AL : D'accord.

14 M1 : Donc ça part sur des histoires comme ça sans jamais de signe de gravité à l'examen : si  
15 vous voulez, il n'y pas de sang dans les selles, pas d'amaigrissement. Donc on finit toujours  
16 par leur faire une biologie, on finit toujours par faire faire une échographie pour commencer  
17 et puis on n'arrive pas à les rassurer et puis ça continue ; on essaie des traitements, ça  
18 marche, ça ne marche pas, ils reviennent ; et puis bah ça finit avec une coloscopie. Donc ils  
19 vont chez le gastro, il leur fait une coloscopie, et le gastro leur dit que bon ce n'est pas grave,  
20 ce n'est rien, c'est un trouble fonctionnel intestinal et puis à partir de ce moment-là, on ne les  
21 voit plus pendant quelques mois. Et puis ça recommence. Je vais voir un gars ce soir c'est  
22 exactement ça.

23 AL : Avez-vous remarqué un âge de début de symptômes ?

24 M1 : Moi les patients que j'ai qui ont une colopathie fonctionnelle, j'en ai vu une hier qui a  
25 environ 60 ans. (Tape sur son ordinateur) Bon là elle avec une échographie, ça s'est passé,  
26 elle a accepté. Bon et celui que je vais voir ce soir il est beaucoup plus jeune. Bon elle  
27 évidemment elle est anxieuse. Et puis le gars lui c'est pareil il a un fond anxieux et il a 37 ans.  
28 Donc bon voilà c'est plutôt des gens dans ces âges entre 30 et 60 ans. Après chez les gens à  
29 partir de 65-70 moi je n'en vois quasiment pas. Alors et puis avant, on voit ça chez des  
30 gamins parfois, mais bon le diagnostic est déjà posé de colopathie fonctionnelle : les gamins  
31 ils ont toujours mal au ventre, ils ont toujours des trucs, donc on élimine l'intolérance au lait  
32 de vache, l'intolérance au gluten, les machins les trucs les choses et puis on ne trouve rien et  
33 puis près ça se passe. Bon après je n'ai pas encore vu de gamins jeunes comme ça et puis je  
34 ne les ai pas revus à 30 ou 35 ans pour savoir s'ils allaient faire une colopathie fonctionnelle.  
35 Bon voilà moi c'est le tableau que je vois si vous voulez.

36 Bon et puis sur le plan thérapeutique, bah il n'y a pas grand-chose à faire, parce qu'il y a  
37 toujours les mêmes produits, les médicaments ; bon alors s'il y a des gens qui ont vraiment  
38 des troubles du transit, un coup ils ont un peu de diarrhée, un coup ils sont un peu constipés

39 ; mais ce n'est pas vraiment constipé, enfin ; bon j'essaie de leur donner un peu de  
40 trimébutine pour réguler ça ; sinon s'ils ont des flatulences, des gaz, bon c'est toujours les  
41 mêmes produits donc je leur demande ce qui marche le mieux chez eux ; alors il y a une  
42 dame qui utilise du charbon alors on donne du charbon, il y en a qui sont des adeptes de  
43 l'Ultra-levure® alors c'est l'Ultra-levure®, inondé c'est du Météospasmyl®, du Météoxane®  
44 c'est produits là.

45 Et sinon parfois je leur demande de faire quand ils font un petit bout de jardin et qu'ils ont  
46 de la menthe fraîche je leur dis de mettre de la menthe fraîche dans leur alimentation ; alors  
47 ça les surprend un petit peu parce qu'ils n'ont pas trop l'habitude, mais il y en a une qui l'a  
48 fait et visiblement elle continue à cultiver sa menthe donc c'est qu'elle doit peut-être en tirer  
49 un bénéfice. Bon, mais je n'ai pas de preuve scientifique bien sûr, enfin j'avais lu ça, j'avais lu  
50 un article là-dessus, sur l'effet de la menthe qui module justement le fonctionnement du  
51 système neurovégétatif au niveau intestinal.

52 AL : D'accord.

53 M1 : On ne sait pas comment, mais j'ai vu ça, et j'ai revu des publications là-dessus, mais bon  
54 ce sont des études observationnelles.

55 AL : ah ça je n'ai pas lu. Et par exemple au niveau des conseils hygiéno-diététiques, vous  
56 conseillez quoi en dehors de la menthe ?

57 M1 : La menthe c'est plus sur le but thérapeutique pour les soulager si vous voulez. Bah sur  
58 le plan hygiéno-diététique, je leur demande toujours de vérifier si dans leur alimentation il y a  
59 des produits qui les embêtent. Bon c'est sûr que les gens qui ont une forme de colopathie  
60 avec une alternance de diarrhée-constipation ou alors beaucoup de gaz je leur dis : attention  
61 faite attention de ne pas trop consommer d'artichaut, de chou, de boissons gazeuses, enfin  
62 tout ce qui donne des gaz. C'est tout. Sinon les données générales c'est d'avoir une  
63 alimentation aussi variée que possible ; parce qu'ils ont tendance à supprimer des produits.  
64 Parfois ils vous disent : non non je n'ai pas, je ne suis pas, rien ne me dérange, et puis quand  
65 vous leur demandez ce qu'ils mangent ils vous disent : ah non je ne mange pas ça et puis ma  
66 ça et puis pas ça. Pourquoi vous ne mangez pas ça ? Bah les ne savent pas trop, mais en fait  
67 c'est parce qu'ils ne tolèrent pas bien. Par exemple, les œufs c'est radical. Souvent les gens  
68 qui ont des problèmes de vésicule biliaire par exemple, je leur dis les matières grasses ça  
69 vous dérange ? Euh non, ça ne me dérange pas. Bah oui en fait il ne mange pas de beurre,  
70 pas de crème, pas d'œufs. Et quand vous mangez des œufs qu'est-ce que ça vous fait ? Ah  
71 bah je digère mal. Donc en fait c'est dans ce sens-là.

72 Pause dans l'entretien suite à un appel téléphonique.

73 AL : Au niveau de la prise de sang que mettez-vous ?

74 M1 : Au début je fais ne biologie pour éliminer quelque chose de grave : syndrome  
75 inflammatoire, anémie. Voilà ça. Et un bilan hépatique (ASAT, ALAT, GGT). Un truc simple  
76 pour éviter de passer à côté d'un gros truc. En fait je fais NFS, VS, Plaquettes, ASAT, ALAT,  
77 GGT, Électrophorèse des protéines, parce que c'est un examen qui n'est pas compliqué et ça  
78 donne pas mal d'informations sur le plan inflammatoire, et puis bah ça se limite à ça. Et puis,  
79 en fonction des signes cliniques. Bon s'il y a un petit ictère conjonctival par exemple, c'est sûr

80 que je vais faire un bilan hépatique un petit peu plus approfondi. Bon ce que je cherche c'est  
81 à éliminer quelque chose de grave : les paramètres de l'inflammation, l'électrophorèse des  
82 protéines, NFS, Plaquettes, CRP, VS, bilan hépatique. Bon et puis souvent j'en profite, parce  
83 qu'ils n'ont pas de bilan, aussi une TSH, et un bilan métabolique s'ils n'en ont pas eu depuis  
84 longtemps type glycémie, cholestérol, lipides, je le fais en même temps. Bon ça c'est dans un  
85 autre ordre d'idée. Mais le bilan par lui-même, si vous voulez, il est relativement limité pour  
86 moi ; c'est juste pour ne pas passer à côté d'un gros truc ; parce que sur le plan clinique on  
87 voit bien, souvent ils n'ont pas perdu de poids, ils n'ont pas de signe de gravité, ils mangent, il  
88 n'y a pas de sang dans les selles, il n'y a pas de syndrome caractérisé, ils ont mal un petit peu  
89 partout, ça dépend du temps, bon voilà sur le plan biologique ce n'est pas grand-chose.  
90 Et puis sur le plan examen complémentaire, habituellement je commence par une  
91 échographie.

92 AL : Et en général elle retrouve quelque chose ?

93 M1 : Bon en général il n'y a rien sur l'échographie si c'est un syndrome de l'intestin irritable il  
94 n'y a rien sur l'écho. Et puis près je leur dis, bon je ne leur parle pas tout de suite du gastro,  
95 mais si je vois qu'ils insistent je leur dis « bah écoutez, on a fait ça, on a fait ça, on a fait ça,  
96 on ne voit rien ; bon maintenant il faut regarder ce qu'il se passe au niveau de l'intestin ».   
97 Mais souvent d'ailleurs ils sont demandeurs, parce qu'ils sont allés se renseigner. Ils disent «  
98 vous savez j'ai lu sur Internet que ». Ah bah oui, mais bon. Puis bon on arrive à la coloscopie.  
99 Bah la colo, ça permet aussi d'éliminer un problème important et puis si c'est négatif, c'est  
100 négatif, ça permet d'assoir le diagnostic. Et encore bien souvent le gastro avec lequel je  
101 travaille je plus souvent, il les voit, donc je fais un courrier en disant que moi je pense que  
102 c'est ça, donc il examine et bien souvent les patients ressortent avec les six mois de  
103 Météospasmyl® et/ou Météoxane® et puis il essaie de les tranquilliser et puis il leur dit que si  
104 ça ne va pas on fera la coloscopie et ceci cela. Et puis, après ils y retournent et finissent par  
105 avoir la colo.

106 AL : Quasiment tous en proportion ?

107 M1 : Ah oui, au bout de six mois un an ils ont leur colo. C'est comme ça, vous savez bien, tant  
108 qu'ils n'ont pas eu la colo, et puis même quand ils ont eu la colo ça repart.

109 AL : Par semaine vous en voyez à peu près combien de patients « colopathes » ?

110 M1 : Bah par exemple cette semaine j'en vois deux, mais ce n'est pas tout le temps comme  
111 ça. Les patients colopathes je dois en avoir, de mémoire, quatre ou cinq.

112 AL : Utilisez-vous les critères de Rome, ou échelles de Bristol et autres classifications ?

113 M1 : En pratique non, je n'utilise pas.

114 AL : Après c'est vrai que dans le diagnostic et dans la façon faire votre diagnostic vous utilisez  
115 quasiment tous les critères.

116 M1 : J'utilise les critères sans les classer.

117 AL : Oui c'est ça, c'est souvent le cas d'ailleurs.

118 M1 : Bah oui, moi je veux bien classer, mais bon je ne sais pas, je ne suis pas un spécialiste et  
119 je n'ai pas après à essayer de comparer mes patients pour savoir ce qu'ils ont comme  
120 critères, est ce que tous les critères rentrent, ceci cela, pour moi ce n'est pas mon boulot.

121 Mon boulot c'est de connaître les signes qui sont évocateurs, éliminer les choses graves, dire  
122 au patient que ce n'est pas grave, essayer de le rassurer et puis on n'y arrive jamais quoi.

123 AL : Vous associez des traitements anxiolytiques aux autres traitements, ou ils en ont déjà ?

124 M1 : Avant oui, il y a 30 ans, quand je me suis installé, il y avait un médicament dont j'ai  
125 oublié le nom, je ne sais plus, c'était un produit à visée intestinale et dedans il y avait un peu  
126 de Valium®, de diazépam ; je n'arrive pas à me rappeler le nom ; mais généralement je ne  
127 leur en prescris pas sauf s'ils sont dans une période très anxieuse avec des troubles du  
128 sommeil, des difficultés d'endormissement, des choses comme ça. Donc à ce moment-là je  
129 leur en donne un petit peu pour leur permettre de mieux dormir, d'être moins fatigué parce  
130 que souvent ils sont anxieux, ils ne dorment pas, ils sont fatigués, le matin ils se réveillent ça  
131 ne va pas et puis ils accumulent de la fatigue comme ça si vous voulez, donc je ne leur donne  
132 pas des anxiolytiques au long cours dans la journée. Seulement je vais leur prescrire quelque  
133 chose pour le soir s'ils sont très gênés au niveau du sommeil. Moi ce que j'essaie surtout  
134 c'est de ne pas médicaliser ces trucs-là. Je fais les examens pour éliminer les choses graves je  
135 leur donne quelque chose pour essayer de les améliorer un petit peu, mais sans trop en  
136 donner parce que sinon ils sont toujours à la recherche du truc qui va les soulager. Alors si on  
137 commence avec les anxiolytiques, les machins, les trucs, c'est sûr qu'on va les calmer quelque  
138 part, mais s'ils se mettent dans la tête que c'est l'anxiolytique qui va calmer le truc, ils vont  
139 bouffer ça sans arrêt et on va avoir du mal à limiter les traitements.

140 AL : Ce sont des consultations longues ?

141 M1 : Bon moi j'ai au moins 20 minutes de consultation avec les patients.

142 AL : À propos des régimes, en prescrivez-vous ?

143 M1 : Non, je ne prescris pas de régime. Je leur demande simplement s'il y a des éléments qui  
144 les dérangent plus que d'autres, en fonction de la symptomatologie. Quelqu'un qui se plaint  
145 d'avoir des seules très très molles, relativement fréquentes dans la journée, bon c'est sûr que  
146 si c'est un gars qui boit 2L de jus d'orange dans la journée bien évidemment que je vais lui  
147 dire de faire attention à ça. Donc c'est plutôt des conseils dans ce sens-là, mais pas de  
148 régime. Je ne leur donne pas une liste en leur disant qu'il ne faut pas manger ça, pas manger  
149 ça ; c'est au coup par coup. Les régimes je n'en prescris quasiment jamais. On va prescrire un  
150 régime à un cardiaque c'est sûr, à quelqu'un qui a une cardiopathie sévère, on va lui dire le  
151 sel vous c'est niet.

152 AL : Aussi, adressez-vous ces patients parfois à des allergologues surtout quand les patients  
153 ont identifié des aliments ?

154 M1 : Pour le problème de l'allergie alimentaire ?

155 AL : Oui

156 M1 : Bon ça, ça dépend de la clinique. Si vraiment ils me disent « oui il y a tel aliment qui me  
157 gêne ceci cela », si vraiment j'ai une orientation oui. Sinon non.

158 AL : Faites-vous des IgE pour rechercher une allergie ?

159 M1 : Non si j'ai un doute je les envoie chez l'allergologue. L'allergologue c'est surtout quand  
160 j'ai un doute sur un aliment ou une classe d'aliment. Par exemple quand quelqu'un me dit  
161 « tiens, j'ai mal au ventre quand je mange du pain, de la pizza, jsuis pas bien, jsuis ballonné »,

162 ou « à chaque fois que je prends tel aliment je suis ballonné, jsuis pas bien » là oui je vais  
163 l'envoyé chez l'allergologue.

164 J'ai eu le cas avec un gamin qui faisait des conjonctivites à répétition, et puis donc je l'envoie  
165 chez l'ophtalmo qui dit bon là oui conjonctivite et puis il s'est arrêté là. Et puis ça a continué,  
166 et je dis donc bon on va demander l'avis à l'allergologue et entre temps, entre le moment où  
167 j'ai fait le courrier et où il a vu l'allergologue, il fait une réaction en consommant de la  
168 pistache ou de la noix de cajou. Finalement quand il a vu l'allergologue, il a commencé par  
169 s'occuper de ce problème-là et puis bon après il va le tester pour les yeux, les allergènes  
170 aériens. Bon de toute façon, moi je ne connais pas bien, ce n'est pas mon boulot. Le plus dur  
171 c'est de ne pas dire bon aller hop j'envoie chez l'allergologue comme ça, mais d'abord  
172 d'essayer d'avoir des arguments pour dire bon oui c'est allergie, parce que bon parfois les  
173 gamins font des conjonctivites et les parents à la première veulent y aller. Bon si le gamin il  
174 fait une conjonctivite tous les deux ans hein on met un peu de Vitabact® et ça passe donc ce  
175 n'est pas une allergie. Bon moi je procède comme ça. C'est paradoxal, mais j'essaie de  
176 démedicaliser. Par ce que bon la médicalisation c'est vite fait.

177 AL : Par exemple à propos des calendriers nutritionnels, sur la façon dont mangent les  
178 patients, est-ce que vous leur demandez par exemple de noter ce qu'ils mangent et les  
179 symptômes.

180 M1 : Noter tout ce qu'ils mangent non, mais je leur dis de noter ce qui les embête. Je leur dis  
181 que quant à la fin d'un repas ils ont un problème de noter ce qu'ils ont mangé. Après ça  
182 recommence « vous notez ce que vous avez mangé » et de croiser les informations de façon  
183 à retrouver le point commun.

184 AL : J'avais lu que l'hypnose, les séances de relaxation, les psychothérapies pouvaient aider,  
185 qu'en pensez-vous ?

186 M1 : Oui par le biais de l'anxiété, faut voir, mais ça je ne connais pas, je n'ai pas lu de travaux  
187 là-dessus. J'utilise l'hypnose, mais pas pour ça.

188 AL : Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec ce diagnostic ?

189 M1 : Pour ce qui est du diagnostic ça ne me pose pas de problème parce que bon il faut  
190 prendre le temps déjà. Bon à partir du moment où il n'y a rien de grave on surveille. Donc le  
191 diagnostic c'est plus un diagnostic d'élimination, mais bon on pense à ça dès le départ parce  
192 qu'il y a quand même des présentations ses typiques, mais bon on élimine, on élimine on  
193 élimine et puis bon à la fin du compte on se dit oui c'est ça quoi. Donc sur le plan diagnostic  
194 ça ne me pose pas de problème.

195 Ce qui est plus difficile à gérer ce sont les patients ; qui reviennent sans arrêt, qui ont  
196 toujours les mêmes plaintes. Alors je n'en ai jamais eu un qui est arrivé avec tous ses pots de  
197 selles en me disant ça c'est celles du lundi, celles du mardi et puis bon pas à ce point-là si  
198 vous voulez, mais un c'est ça qui est difficile à gérer. La dernière patiente que j'ai eue là, que  
199 j'ai vue hier ; alors en plus elle est allée faire un voyage en Inde là ; alors forcément elle a  
200 modifié son alimentation, ceci cela ; bon elle n'a pas eu de turista donc ça c'est bien déjà ;  
201 elle est revenue, hop, elle a recommencé à se plaindre. Bon là alors peut être que ; puis bon  
202 j'ai regardé et finalement j'ai dit non il n'y a rien. Bon elle a quand même une histoire

203 compliquée si vous voulez parce qu'elle a son tableau d'intestin irritable, mais je pense  
204 qu'elle a aussi des adhérences abdominales comme elle a déjà été plusieurs fois opérée au  
205 niveau abdominal, et je pense que ça aussi ça la gêne. Elle a souvent des douleurs qui sont  
206 très localisées à droite et ça, ça la gêne un petit peu. La dernière fois qu'elle est venue, on a  
207 fini par reparler de ça. Bon elle avec e échographie ça a été réglé pour vérifier qu'il n'y avait  
208 pas de participation hépatique, rénale, vessie, vésicule ; au niveau gynécologique le  
209 problème est réglé, car elle a eu une hystérectomie et une ovariectomie bilatérale plus  
210 l'appendicectomie, c'est pour ça qu'elle a pas mal d'adhérences. Puis on en est resté là.

211 Par contre je lui ai dit de poursuivre la prise de son bromazépam le soir parce que c'est ce  
212 que je vous ai dit tout à l'heure, elle a des difficultés d'endormissement, elle ne dort pas  
213 bien, le matin elle se réveille et elle est fatiguée, et si elle est fatiguée dans la journée elle  
214 gère encore moins bien ses problèmes, donc je lui ai proposé de continuer son bromazépam  
215 à raison d'un quart de comprimé le soir parce qu'elle était passée d'elle-même d'un demi à  
216 un quart, mais pas en continu. Et puis on s'est mis d'accord là-dessus. Mais vous voyez c'est  
217 l'anxiolytique, ce n'est pas pour traiter son anxiété dans la journée, c'est juste pour faire en  
218 sorte qu'elle dorme un petit mieux. C'est surtout ça. Bon non ça ne me pose pas de  
219 problème très compliqué sinon la gestion des patients. Il faut bien les écouter, répondre à  
220 leurs questions, et puis il faut tout le temps leur dire : « bon écoutez, je n'ai pas de signe de  
221 gravité on surveille » et puis en général ça passe.

222 AL : Y a-t-il des questions de la part des patients qui reviennent souvent ?

223 M1 : Il n'y a pas de questions précises, mais on sent bien qu'ils cherchent toujours une  
224 réponse à leur symptomatologie, à leurs problèmes ; ils se rendent bien compte que ce n'est  
225 pas très compliqué, que ce n'est pas très grave ; ils voient bien, mais il y a tout le temps ça  
226 qui est là. Bon et le plus difficile c'est de leur faire accepter que bon ils ont quelque chose et  
227 qu'ils n'ont pas mal et puis après leur faire prendre conscience qu'il y a peut-être quand  
228 même un lien entre leur anxiété, le fond si vous voulez, et cette symptomatologie. Ça ce n'est  
229 pas simple, mais bon à force de discuter et de leur raconter tout le temps la même chose.  
230 Alors parfois je ne les vois pas pendant trois, quatre six mois pour ça, donc je me dis « tiens,  
231 j'ai dû leur dire un truc qui ne leur a pas plu » et puis non, ils reviennent, puis rebelote ça  
232 repart pour un coup. C'est... Oh je ne dois pas être le seul à vous raconter ça hein. Je crois  
233 que c'est tout le monde pareil.

234 AL : Oui c'est un peu pour ça et comme il y a eu pas mal de recherche sur le microbiote, les  
235 probiotiques...

236 M1 : Ah oui le microbiote, j'ai vu ça, le microbiote. Alors le problème du microbiote c'est que  
237 si je leur dis « tenez je vais vous prescrire du Lactabiane® ou de l'Ultra-levure®; moi je  
238 prescrais beaucoup d'ultra-levure ; bon c'est moins cher et a priori ça fait la même chose ; bon  
239 c'est des gélules à 200 mg, je leur dis qu'il faut prendre une gélule par jour pendant six mois,  
240 alors là parfois j'ai le sentiment qu'ils me disent, enfin ils ne me le disent pas, mais ils me  
241 regardent et puis ils doivent se dire « il me dit que ce n'est pas grave, mais il me dit de  
242 prendre un truc pendant six mois ». C'est toujours ça qui est compliqué avec ces gens-là. Par  
243 contre je n'ai pas d'expérience dans ces prescriptions aussi longues.

244 AL : Bon c'est assez nouveau.  
245 M1 : Ah oui et j'ai vu qu'il y avait aussi des greffes fécales qui étaient faites.  
246 AL : Ah oui, mais surtout dans la maladie cœliaque et la maladie de Crohn en ce moment. Et  
247 ça se développera peut-être après.  
248 M1 : Bon moi je prescris de plus en plus souvent et de plus en plus longtemps l'Ultra-levure®  
249 avec les antibiotiques. Je lisais un article sur les probiotiques avec les antibiotiques  
250 notamment avec l'amoxicilline et il y avait un patient suivi pendant un an, et il avait fallu un  
251 an après le traitement avec l'amoxicilline de durée courte, huit à dix jours, il a fallu un an  
252 pour normaliser la flore intestinale. Alors moi les gamins, qui sont souvent sous antibiotiques  
253 à une certaine période de leur vie, j'essaie souvent de leur en donner. Mais alors là il y a  
254 plusieurs problèmes : le gamin il ne veut pas, il n'aime pas, la maman elle ne sait pas trop ce  
255 qu'il faut donner ou pas, ils prennent, ils ne prennent pas, bon c'est dommage, mais c'est  
256 comme ça.  
257 AL : Le patient qui avait eu des troubles digestifs. Pendant un an après, le traitement par  
258 amoxicilline avait les symptômes de trouble fonctionnel intestinal ?  
259 M1 : Ah non ce n'était pas les mêmes symptômes, c'était une étude prospective, le gars avait  
260 été mis sous antibiotiques, ils lui avaient donné les probiotiques et lui avaient analysé  
261 régulièrement ses selles pour savoir quand ça se normalisait et ça a été très long. Alors est-ce  
262 qu'au départ lui avait déjà un problème ? Euh c'est possible, mais ça fait quand même long.  
263 AL : Je pense que j'ai toutes les infos.  
264 M1 : Ah potassez la menthe !  
265 Remerciements.

## 266 **ENTRETIEN 2**

267 Présentation du sujet de thèse.  
268 AL : Bonjour, comment définiriez-vous les troubles fonctionnels intestinaux ? Comment  
269 faites-vous le diagnostic ?  
270 M2 : Alors, je dirais qu'on en voit beaucoup. Avant d'étiqueter troubles fonctionnels  
271 intestinaux, je fais quand même un minimum de bilan : ça dépend, soit ce sont des patients  
272 qui sont déjà étiquetés troubles fonctionnels, et du coup je ne relance pas le bilan  
273 évidemment, sous réserve qu'ils puissent justifier qu'ils aient eu des bios, échographie, des  
274 choses comme ça ; soit c'est vraiment des douleurs récurrentes qui débutent alors qu'ils  
275 n'ont pas forcément consulté pour ça avant, et auquel cas, je dirais qu'il y a un interrogatoire  
276 un peu précis sur l'absence de perte de poids, de fièvre pendant les épisodes de douleurs,  
277 enfin voilà, la sémiologie je dirais classique.  
278 Et puis même si la plupart du temps on sait déjà que c'est probablement un trouble  
279 fonctionnel, quand c'est sur des premières crises douloureuses ; alors je ne prescris pas  
280 forcément de bilan lors de la première crise s'il n'y a pas d'intérêt, mais quand ça se répète  
281 dans le temps et qu'on sent qu'il y a une demande de la part du patient, bah du coup je  
282 demande quand même un bilan bio à faire en période de poussée douloureuse à la

283 recherche d'un syndrome inflammatoire ; et puis aussi en général une échographie  
284 abdominale quand même une fois. Je dirais que c'est les deux examens que je fais. Et si tout  
285 revient négatif et que pour moi il n'y a aucun doute, que tout correspond à des troubles  
286 fonctionnels intestinaux, je pose le diagnostic, je leur en parle, je mets des mots sur tout ça ;  
287 soit je sens qu'ils ont besoin d'aller voir le spécialiste parce que, selon le profil psychologique  
288 ils ont besoin de la parole du spécialiste ; ou alors si j'ai un doute, j'oriente vers un  
289 gastroentérologue ; qui en général lui-même fait souvent quand même au cas où un bilan  
290 endoscopique. Enfin, je trouve, nous on travaille avec la clinique, et du coup ils posent  
291 rarement un diagnostic de troubles fonctionnels sans faire une coloscopie quand même  
292 avant ; et en général ça revient négatif et ils concluent à un trouble fonctionnel.

293 Et à partir de là, en général ils reviennent me voir, bon parce que ça n'a pas changé leurs  
294 douleurs, et que du coup il y a régulièrement des crises et puis là on approfondit un peu plus  
295 les choses on va dire.

296 AL : D'accord. Qu'est-ce que vous mettez dans le bilan ?

297 M2 : Alors Numération formule sanguine, Plaquettes, CRP, Iono, Urée, Créatininémie,  
298 Transaminases. Je ne fais pas vraiment de lipase sauf si vraiment c'est un tableau aigu  
299 évocateur de quelque chose de plus important. Voilà. Je ne demande pas les anticorps du  
300 tout, anti-transglutamises. Enfin voilà. Je ne connaissais pas les nouvelles recommandations  
301 donc je ne connais pas les indications.

302 AL : Bah non, pas spécialement. Il y en a qui le font et d'autres non. J'ai aussi lu que certains  
303 dosaient les IgE notamment quand ils suspectaient une pathologie d'allergie au blé.

304 M2 : D'accord, ouais.

305 AL : Après ce n'est pas forcément recommandé.

306 M2 : Oui c'est ça le bilan.

307 AL : Au niveau des patients vous disiez qu'il y avait certains profils de patients chez qui vous  
308 n'aviez pas trop de doute dès le début. C'est plutôt quels genres de patients ?

309 M2 : Bah des patients qui vont être anxieux, plus ou moins identifiés, il y a souvent d'autres  
310 troubles fonctionnels associés, des gens qui vont être migraineux. Je pense à ça comme ça.  
311 Bon ouais des gens qui consultent beaucoup ou dès la moindre petite douleur, ils vont venir.  
312 Ce n'est pas toujours le cas, mais je trouve que c'est plutôt quand on les a vu trois ou quatre  
313 fois pour des douleurs abdominales aiguës, sans perte de poids, qu'il n'y a pas de sang dans  
314 les selles, un abdomen parfaitement souple à l'examen.

315 AL : Au niveau de l'examen clinique, il est...

316 M2 : Normal.

317 AL : À côté de ça il y en a qui se plaignent d'autres troubles ?

318 M2 : Ah s'il y en a qui présentent des troubles du transit associés. Souvent soit des gens  
319 constipés, soit des gens diarrhéiques, soit alternance des deux. Souvent le transit est quand  
320 même perturbé.

321 AL : Il y en a qui se plaignent de distension abdominale ?

322 M2 : Météorisme abdominal oui.

323 AL : Au niveau des traitements, de la prise en charge ?

324 M2 : Une fois que le diagnostic est fait. Je leur dis que même si les examens sont rassurants,  
325 normaux, ça ne veut pas dire qu'ils n'ont pas mal, que leur douleur est réelle et que je ne  
326 remets pas en cause ça. J'essaie de trouver des facteurs favorisant des crises sur le plan  
327 alimentaire, ou prise d'alcool, anxiété aussi...

328 Quelle était la question ?

329 AL : La prise en charge au sens large.

330 M2 : Donc voilà je reprends avec eux sur le plan alimentaire pour savoir s'il y a des choses à  
331 améliorer, j'évalue aussi l'activité physique pour les inciter à en mettre en place s'ils n'en  
332 font pas ; enfin à mon sens ; je n'ai pas lu de choses là-dessus ; que ça peut les aider ; et puis  
333 après on va traiter les crises quand elles surviennent, même si en limitant les facteurs  
334 favorisant, malgré tout s'il y a des crises. Alors ça dépend des gens. Mais souvent je les  
335 incite à faire un régime sans résidus pendant quelques jours pour limiter les fermentations,  
336 des choses comme ça. Après en termes de traitement médicamenteux, je ne mets jamais un  
337 arrêt de travail ; c'est peut-être arrivé sur une première crise une fois ; j'essaie de ne pas  
338 mettre d'arrêt pour ça. En traitement après aussi je mets souvent un antispasmodique et  
339 plus ou moins en fonction selon cette première ligne de traitement j'essaie de plus en plus  
340 de proposer un probiotique plus ou moins sous forme de cure ; et quand ça marche sous  
341 forme de cure un peu répétée ; enfin ça dépend des gens.

342 AL : C'est un peu au cas par cas.

343 M2 : Oui, c'est en fonction du patient, à la demande. Et puis après il y a un soutien  
344 psychologique, enfin je ne fais pas tout ça sur la première consultation, mais j'essaie  
345 d'évaluer le contexte psychologique, d'autres psychosomatisations éventuelles autres (maux  
346 de tête, là on n'a pas grand-chose à l'examen).

347 AL : Avez-vous remarqué des facteurs favorisant reviennent en consultation ?

348 M2 : Ça dépend des gens, mais ça va peut-être plus être lait, tomate, salade verte ; enfin ça  
349 dépend vraiment des gens ; chou. Les crudités en général, les légumes crus, alcool aussi un  
350 peu ou tout ce qui est trop gras. Après c'est vrai que chacun en va aussi un peu de son  
351 expérience.

352 AL : Oui, c'est aussi pour ça le but de la thèse pour mettre en parallèle les recherches  
353 actuelles sur le sujet et les pratiques.

354 M2 : Oui puis on en parle souvent aussi, et puis ce n'est pas évident quoi. Je pense qu'on  
355 peut mieux faire au niveau de la prise en charge.

356 AL : Les régimes sans résidus, généralement les gens ça les améliore sur quelques jours ?

357 M2 : Oui souvent, en limitant les légumes verts, les fruits, il y a un peu moins de  
358 fermentation, je pense ; et je leur explique du coup que leur intestin s'inflamme de façon  
359 passagère, et que ça peut être augmenté par une prise alimentaire, un stress et que voilà ça  
360 va forcément passer, ça peut prendre quelques jours, et que voilà pour mettre au repos  
361 l'intestin, pour l'aider à cicatiser, à guérir un peu plus vite c'est d'éviter ces aliments.

362 AL : Au niveau des probiotiques vous utilisez lesquels ?

363 M2 : J'utilise Probiolog® pas mal, Bacilor®. Enfin ça dépend, je tourne. Des fois ça marche la  
364 première fois puis après non ou ça ne marche plus au bout de trois ou quatre mois. Enfin les

365 patients aussi aime qu'on ait autre chose à leur proposer. Je pense qu'il y a beaucoup de  
366 « fonctionnels intestinaux » qui sont dans une demande, je trouve qu'ils ont du mal à  
367 accepter que ça fait partie de leur fonctionnement et que probablement il y aura une  
368 douleur, qu'il faudra changer leur fonctionnement, leur alimentation. Enfin ils ont une  
369 sensibilité ; comme des gens qui vont avoir toujours mal au dos, d'autres, mal à la tête,  
370 d'autres, c'est le ventre. Bon bien évidemment on va toujours pouvoir les aider, mais j'essaie  
371 de leur faire comprendre que même si ce n'est pas une fatalité, s'ils sont étiquetés TFI ou  
372 colopathe, que c'est vrai que ça peut être récidivant.

373 AL : Quand vous trouvez des aliments, les gens arrivent avec une liste d'aliments qui leur  
374 font mal au ventre ou c'est vous qui leur demandez d'identifier ?

375 M2 : Souvent ils le disent d'eux-mêmes. J'essaie aussi de trouver suite à quoi la crise a pu  
376 être déclenchée et souvent je trouve que c'est alimentaire quand même.

377 AL : C'est souvent en post prandial ?

378 M2 : Oui ou alors une gastroentérite aiguë qui a provoqué après une inflammation.

379 AL : Très bien. Et au niveau psychologique sur la prise en charge ?

380 M2 : Ça dépend je dirais de comment ils acceptent les choses. Enfin c'est difficile, il y a pleins  
381 de fonctionnels ou c'est compliqué de leur dire, parce ce n'est pas que psychologique en fait,  
382 j'essaie de leur faire comprendre, je leur dis « vous ne vous inventez pas des douleurs, mais  
383 vous avez une sensibilité accrue de l'intestin, il réagit fortement et ça peut être majoré par le  
384 facteur stress ou l'anxiété », donc j'essaie toujours de leur dire que c'est une pathologie à  
385 part entière, mais pas grave et ça ne servira à rien de refaire des prises de sang, des  
386 échographies sauf s'il y a des symptômes différents, mais que voilà on a fait le bilan, ça fait  
387 partie d'eux, mais que même s'il y a une part psychologique il faut aussi travailler sur les  
388 facteurs favorisants.

389 Sur les fonctionnels la sophrologie c'est plutôt quelque chose d'intéressant je trouve par  
390 rapport au rapport au corps, je trouve que c'est un peu plus facile de leur proposer ce genre  
391 de solution plus que d'aller leur dire de voir le psy. Car sinon ils peuvent se sentir délaissés  
392 de ça. Donc la sophrologie je pense que ça pouvait être pas mal. D'ailleurs il y a une  
393 sophrologue dans le cabinet en bas.

394 AL : Est-ce qu'il en voit ?

395 M2 : Ah je ne sais pas.

396 AL : D'accord. Est-ce que vous aviez entendu parler des régimes pauvres en FODMAPS ?

397 M2 : Oui. Bon après c'est un labo qui m'en avait parlé et on a eu un truc récemment avec la  
398 localité, mais je n'ai pas encore lu le compte-rendu, il devait nous faire un truc sur les  
399 FODMAPS justement. Donc du coup justement... A oui j'ai donné une liste à un patient. Oui  
400 ce serait un programme alimentaire qui permettrait d'éviter des aliments temporairement,  
401 et qui mettrait l'intestin au repos.

402 AL : Ça se rapproche un peu du régime sans résidu pour vous alors ?

403 M2 : Oui voilà, en éliminant différentes classes.

404 AL : J'en avais trouvé sur Internet qui fait trois pages.

405 M2 : Ah oui j'en ai un qui est plutôt bien résumé. Après je n'ai pas beaucoup approfondi le  
406 sujet, mais voilà.

407 AL : Il y a en effet des études qui montreraient une diminution des symptômes. Et ce régime  
408 permettrait d'identifier la classe d'aliments en cause dans les symptômes.

409 M2 : Oui voilà.

410 AL : Adressez-vous à des allergologues ?

411 M2 : Pas du tout.

412 AL : Pas du tout.

413 M2 : Non j'envoie au gastroentérologue. Après on se peut se poser la question. Je n'ai pas  
414 forcément pensé à l'allergologue. Parce que pour les allergies au gluten par exemple je vais  
415 plutôt avoir tendance à demander le gastroentérologue, qui fera les anticorps s'il a vraiment  
416 un doute. Moi c'est plus le domaine médical voir s'il y a une maladie cœliaque.

417 AL : Oui c'est parce que justement par exemple ceux qui pensent avoir une allergie au  
418 gluten, c'était pour savoir pour vous si c'était plutôt allergologue ou gastroentérologue.

419 Vous en avez beaucoup des patients avec des troubles fonctionnels intestinaux ?

420 M2 : Oui j'en ai quelques-uns.

421 AL : Vous en voyez toutes les semaines ?

422 M2 : Ah oui oui, j'en vois toutes les semaines. Pas tous les jours, mais au moins deux ou trois  
423 par semaines, mais ils ne viennent pas forcément que pour ça.

424 AL : Est-ce vous utilisez les échelles de Rome, Manning, Bristol ?

425 M2 : Ah non je ne connais pas. Et je n'utilise pas.

426 AL : Les patients arrivent avec des recherches ?

427 M2 : Ah non, ils pensent plutôt avoir autre chose qu'une colopathie. Donc non pas vraiment.  
428 J'ai par exemple une patiente qui est diagnostiquée colopathe et que je vois régulièrement  
429 pour des douleurs au ventre et à chaque fois c'est vrai qu'elle essaie de me mettre le doute  
430 en de demandant et là qu'est-ce que c'est, et là qu'est-ce qui se passe. Et en plus comme elle  
431 a d'autres problèmes de santé, elle voudrait qu'on lui refasse une bio. Alors qu'elle pourrait  
432 très bien arrivée en disant je suis encore en crise de colopathie, je sais ce que c'est, mais là  
433 ça ne va pas, j'ai vu que tel médicament marchait, est-ce que vous pourriez m'en prescrire ;  
434 ou est-ce vous pourriez regarder pour être sûre ou des choses comme ça, mais ils ne le font  
435 pas comme ça. C'est vrai qu'à chaque fois c'est la première fois qu'elle a mal au ventre et du  
436 coup je ne sais pas si elle a vraiment identifié qu'elle était colopathe alors qu'on n'arrête pas  
437 de le lui dire. Ce n'est pas simple.

438 AL : Les patients acceptent bien en dehors que quelques-uns, ils acceptent bien le diagnostic  
439 de troubles fonctionnels, qu'ils le comprennent ?

440 M2 : Ça va, mais des fois il y a un peu un déni, mais globalement si, une fois qu'on leur a  
441 expliqué, qu'on a dit que c'était une vraie pathologie, qui n'est pas grave, qui n'est pas  
442 évolutive, que peut-être dans l'avenir ça ira mieux. C'est à nous de les informer et de les  
443 aiguiller.

444 AL : Au niveau de l'âge des patients colopathes ?

445 M2 : C'est hyper variable.

446 AL : Au niveau des traitements, vous utilisez le charbon ? Ou autres médicaments ?  
447 M2 : Alors antidiarrhéiques non, le charbon plus sous forme Carbosymag®, quand il y a une  
448 composante dyspeptique associée.  
449 AL : Vous vous sentez à l'aise dans la prise en charge de ces patients ?  
450 M2 : En théorie oui. En pratique, il y a des fois où effectivement on a beau essayer de leur  
451 dire les choses, parfois ils ne l'entendent pas, on les réassure, mais parfois ils arrivent à nous  
452 mettre en doute. Et des fois on craque et on re prescrit une bio en se disant on ne sait jamais.  
453 AL : Est-ce que parfois vous préconisez de faire des calendriers nutritionnels ?  
454 M2 : Ah non pas trop.  
455 AL : Les consultations sont longues par rapport aux autres ?  
456 M2 : Au moins 20 minutes, je les examine à chaque fois. Le problème, ils viennent rarement  
457 pour ça. Les colopathes ont aussi d'autres soucis et souvent il y a plusieurs demandes.  
458 AL : Ils en parlent facilement ou en fin de consultations ?  
459 M2 : Oui c'est souvent en fin de consultation et du coup ils nous mettent parfois en échec.  
460 AL : Oui c'est l'objectif un peu de la thèse, c'est de voir si des choses marchent chez vos  
461 patients.  
462 M2 : Oui alors je trouve que le Probiolog®, enfin les probiotiques associés à un  
463 antispasmodique ça marche plutôt bien.  
464 AL : Et en antispasmodiques, vous utilisez plutôt quoi ?  
465 M2 : Plutôt Meteospasmyl®. Je n'utilise pas le Spasfon®. J'utilise aussi le Debridat® un peu.  
466 AL : Qu'est-ce qui va vous faire prescrire plutôt l'un ou l'autre ?  
467 M2 : Bon selon si ça a déjà marché. Bon en général on tourne. Meteospasmyl® s'ils ont plus  
468 l'aspect météorisé, abdomen distendu tout ça ; et Debridat® si ce sont des douleurs très  
469 spasmodiques. Après il y a le Duspatalin®, et pleins d'autres, mais bon. Spasfon® je le réserve  
470 plus pour ce qui est gynéco.  
471 AL : Vous adressez parfois au diététicien ou au nutritionniste ?  
472 M2 : Ah non pas trop, pour d'autres cas, mais pas pour ça.  
473 AL : Il y a plus de femmes ou plus d'hommes ?  
474 M2 : Plus de femmes.  
475 AL : Donc vous faites facilement le diagnostic, c'est plus la prise en charge qui peut être  
476 problématique ?  
477 M2 : Oui c'est un peu plus long.  
478 AL : Et au niveau de l'activité physique, vous recommandez quoi ?  
479 M2 : Bon alors plutôt activité physique qu'activité sportive comme la marche, la natation.  
480 Des activités plutôt d'entretien.  
481 AL : Et ils reviennent souvent ?  
482 M2 : Oui je les vois quatre fois par an minimum, en plus en fonction des crises.  
483 AL : Très bien. Je pense qu'on a fait le tour.  
484 Remerciements

485 **ENTRETIEN 3**

486 Présentation du sujet de thèse.

487 AL : Bonjour, comment définiriez-vous les troubles fonctionnels intestinaux ?

488 M3 : On va dire que c'est fréquent. Avant de dire que c'est une colopathie fonctionnelle,  
489 c'est de faire en fonction du cas, des examens. En général, si j'ai quand même des doutes en  
490 me disant que c'est peut-être une colopathie, j'envoie chez le gastroentérologue. Et  
491 effectivement si en premier lieu, le diagnostic n'est pas un problème.

492 AL : le gastroentérologue fait-il généralement une coloscopie ?

493 M3 : Ce n'est pas systématique, je pense que ; enfin moi je travaille avec une  
494 gastroentérologue plus particulièrement, qui ne fait pas toujours des coloscopies. Quand  
495 c'est à 25 ou 30 ans il n'y a pas forcément une raison de faire une coloscopie. Donc elle fait  
496 souvent une échographie, et je pense qu'elle interroge bien les gens et voilà.

497 AL : Et c'est plutôt quels patients que vous allez adresser à cette gastroentérologue ?

498 M3 : Ah oui je dis que j'envoie chez le gastro, mais c'est peut-être au bout de deux ou trois  
499 consultations, quand « je n'y arrive pas », quand je me dis « bah non, il y a peut-être quelque  
500 chose » ; ou alors quand je fais éventuellement le diagnostic moi-même, ou que le diagnostic  
501 a déjà été fait et que les plaintes sont voilà... Bah aller voir le spécialiste, des fois, ça pose les  
502 choses, et heureusement. Les choses sont dites comme moi, mais ça a plus d'impact.

503 AL : D'accord

504 M3 : Donc des fois, voilà, parfois on en passe par là parce que quand les gens viennent tous  
505 les mois parce qu'ils ont mal au ventre.

506 Bon après, en traitement c'est symptomatique ; j'essaye : charbon, Meteospasmyl®,  
507 Météoxane®. Ça marche rarement. Quand les gens, bon après je pense que c'est peut-être  
508 aussi des patients un peu particuliers au niveau psychologique.

509 AL : Oui c'est vrai que ça revient dans la bibliographie et les entretiens.

510 M3 : Et donc voilà, les gens, enfin les femmes, car c'est souvent les femmes. Donc soit les  
511 femmes peuvent entendre et dans ce cas-là, on peut commencer à parler de choses utiles ou  
512 pas ; et éventuellement aller voir le psychologue, mais souvent elles n'entendent pas et ça,  
513 bon je ne peux pas faire grand-chose. Peut-être à part leur dire « ne mangez pas ce qui vous  
514 fait mal au ventre ».

515 AL : Et les patients, arrivent-ils avec une liste des aliments qui leur fait mal au ventre ?

516 M3 : Pas forcément dans mes patients.

517 AL : C'est alors vous qui leur dites d'identifier les aliments ?

518 M3 : Oui, on n'a pas de liste. Mais en gros une fois qu'on a discuté plusieurs fois, je leur dis :  
519 « votre intestin est comme ça, il faut vivre avec et gérer votre alimentation en fonction ».   
520 Parce que le médecin n'est pas magicien quoi. Des fois c'est « il me faut des médicaments »,  
521 alors que des fois bon... J'aime bien aussi leur dire que l'intestin est le deuxième cerveau et  
522 effectivement des fois on se rend compte que ça fait tilt un peu.

523 AL : Oui d'accord et puis ça permet de les faire aussi identifier...

524 M3 : Mais surtout ils vont comprendre que c'est en fonction de leur vécu, en fonction des  
525 évènements, et du coup ça passe mieux.

526 AL : Euh au niveau de l'interrogatoire de vos patients, est-ce que vous recherchez tout ce qui  
527 est signes de gravité, notamment cancer, maladie cœliaque, etc.

528 M3 : Oui en effet, il y a souvent cette peur-là. Bon l'intolérance au gluten ressort de plus en  
529 plus. Après des fois je dis qu'il faut essayer à des gens. Enfin j'ai le souvenir d'un patient qui  
530 avait mal au ventre tout le temps ; je lui ai dit de faire un week-end sans gluten et puis vous  
531 allez voir ; il est revenu la semaine d'après et ça avait marché ; il m'a dit « je ne comprends  
532 pas j'avais mal au ventre depuis mon adolescence » bon.

533 AL : Et tous les examens étaient normaux ?

534 M3 : Oui oui. Maintenant il a 45 ans. Et ça faisait longtemps que voilà. Et depuis il n'a plus  
535 mal au ventre. Bon ce n'est pas forcément avoir bien gérer le truc parce qu'il aurait dû  
536 garder un peu de gluten, mais. Bon après oui je dis d'essayer. Bon 48h ce n'est pas très  
537 souvent ça. Après les patients hyperanxieux qui pensent qu'elles ont un cancer, bah oui c'est  
538 gastroentérologue et puis coloscopie. Parce que je pense que si on ne va pas jusqu'au bout  
539 et qu'on ne démontre pas qu'il n'y a rien, de toute façon elles reviennent jusqu'à temps que  
540 voilà.

541 AL : Vous adressez parfois à des allergologues ?

542 M3 : Pour la colopathie fonctionnelle non.

543 AL : D'accord. Et prescrivez-vous des prises de sang ?

544 M3 : Pour ça non. Non parce que je pense que les anti-transglutaminases et tout ça ce n'est  
545 pas forcément à moi de le faire. Je préfère faire un test sur 48h-72h plutôt que de faire la  
546 prise de sang. Ça m'arrive de le faire parfois, car la gastroentérologue avec qui je travaille  
547 demande à ce que je le fasse, mais je préfère que ça soit elle qui le demande. Et les autres...

548 AL : C'est plus dans le cadre de bilan classique.

549 M3 : Oui pas spécifiquement pour le mal de ventre

550 AL : D'accord. Et est-ce que vous donnez des antidépresseurs ou des anxiolytiques ?

551 M3 : Jamais. Ici au cabinet on n'est pas très anxiolytiques. Et les antidépresseurs pour les  
552 colopathies fonctionnelles ça ne m'est jamais venu à l'idée. J'ai peut-être tort...

553 AL : Non, ça peut être pour certains profils de patients très anxieux ou avec un fond de  
554 dépression, mais en plus.

555 M3 : Alors après s'ils font une dépression oui, mais ce n'est pas parce qu'il y a une colopathie  
556 qu'e je pense à une dépression.

557 AL : D'accord. Et au niveau diététique, pour vous c'est plutôt de faire un test alimentaire sans  
558 gluten ?

559 M3 : Oui j'essaye, et sans lactose aussi.

560 AL : Et vous leur dites soit l'un soit l'autre ?

561 M3 : Oui oui, il ne faut pas les deux en même temps. Mais franchement, c'est très rare que  
562 ce soit efficace, qu'il y ait un résultat (rires).

563 AL : C'est aussi pour cela que je fais ma thèse dessus.

564 M3 : Après j'ai une jeune femme justement qui est sous Forlax® en permanence parce  
565 qu'elle est constipée et qu'elle a mal au ventre tous les jours si elle n'en prend pas. Elle a  
566 essayé sans lactose, sans gluten, ça ne fait rien du tout.

567 AL : Et au CHU, il y a un institut pour les maladies digestives.  
568 M3 : Ah non je ne connais pas.  
569 AL : Bon c'était juste pour information. Et concernant les probiotiques ?  
570 M3 : Ah oui, bon les probiotiques, quand je suis arrivée au bout de ce que je peux faire bon  
571 oui je leur dis « les probiotiques, ça coûte très cher, mais vous pouvez essayer ». Mais après  
572 je suis incapable de dire quel probiotique. Je pense qu'il y en a beaucoup. Parce que c'est  
573 quand même une quinzaine d'euros la boîte, mais bon ça ne marche pas vraiment.  
574 AL : Et concernant les critères des troubles fonctionnels intestinaux, comme les critères de  
575 Rome, de Manning ?  
576 M3 : Non.  
577 AL : Les critères de Rome c'est la classification des troubles fonctionnels intestinaux qui a été  
578 changée l'année dernière. Et l'échelle de Manning c'est sur l'aspect des selles.  
579 M3 : Bon en consultation on ne les utilise pas tellement, mais bon c'est ce qu'il y a dans les  
580 livres, comme dans le charme discret de l'intestin.  
581 AL : Oui elle l'a décrit dans son livre.  
582 M3 : Ah oui donc ça oui je ne savais pas qu'elle s'appelait comme ça je n'avais pas retenu. Et  
583 les critères de Rome non je ne connais pas.  
584 AL : Oui on utilise souvent les classifications en consultation sans vraiment dire que c'est dire  
585 que c'est ça.  
586 M3 : Oui c'est ça.  
587 AL : Ce sont des patients qui ont d'autres troubles en dehors de l'anxiété ?  
588 M3 : Euh en dehors de ça, comme ça je ne sais pas. J'ai une jeune femme, c'est la troisième  
589 fois que je vais la voir que pour ça, car son médecin ne fait rien pour sa colopathie, elle a  
590 d'autres troubles, mais non rien de spécial, mais je pense que je ne vais pas faire grand-  
591 chose, mais au moins je l'ai écoutée.  
592 AL : Et vous avez d'autres patients comme elle, qui viennent vous voir pour ça ?  
593 M3 : Alors oui sans doute, comme ça, euh, oui c'est quand même hyper fréquent. Mais je ne  
594 peux pas vous dire.  
595 AL : Et vous en voyez combien par semaine ou par mois ?  
596 M3 : Par semaine c'est un ou deux pas plus.  
597 AL : Et est-ce que vous avez des patients qui sont allés faire de l'hypnose, de la sophrologie,  
598 des séances de relaxation, de l'acupuncture ?  
599 M3 : Alors l'acupuncture peut être oui, les autres on ne sait pas toujours. Alors oui quand ils  
600 ont entendu qu'éventuellement c'était le deuxième cerveau, mais sinon quand ils  
601 n'entendent pas ça, non je ne suis pas sûre qu'ils aillent voir le psycho, l'hypnothérapeute ou  
602 le sophrologue.  
603 AL : Et en avez-vous avec qui vous travaillez habituellement ?  
604 M3 : Hypnothérapeute, euh, oui, mais pas forcément pour ça ; il y a aussi un acupuncteur à  
605 côté du cabinet, un autre un peu plus loin. Mais l'hypnose, ça peut faire peur.  
606 AL : Pour vous les patients sont-ils facilement identifiables ou diagnostiqués ?

607 M3 : Ça dépend comment ils abordent la chose. S'ils sont pliés en quatre ou bien il y en a qui  
608 arrivent avec un tableau un peu excessif, et là on va aller plutôt vers l'échographie ou le bilan  
609 biologique où on ira chercher plutôt un trouble gastro et en fait on va finalement trouver un  
610 truc gastro, mais qui n'est pas très grave quoi. Après il y en a qui arrivent en disant « bon  
611 toutes façons j'ai mal au ventre depuis longtemps », il sait, « il me faut ça, il me faut ça ». Ah  
612 si ça y est je sais j'ai une jeune femme, ancienne anorexique, elle vient, elle a son Spagulax®  
613 et son Spasfon® tous les 6 mois et il n'y a rien d'autre.

614 AL : Vous sentez-vous à l'aise avec ces patients-là ?

615 M3 : Oui, enfin ça dépend de comment ils prennent la chose. Moi j'aime bien, je soulève  
616 souvent les côtés psy, j'aime bien parler, j'aime bien les consultations psy donc ça ne me  
617 gêne pas, mais si les gens sont fermés et qu'ils veulent absolument un médicament ou un  
618 examen ou un truc, je ne leur ferme pas la porte, mais c'est plus compliqué.

619 AL : Je refais un tour de mes questions, mais je pense que nous avons tout abordé.

620 Remerciements

#### 621 **ENTRETIEN 4**

622 Présentation du sujet de thèse.

623 AL : Bonjour, comment définiriez-vous les troubles fonctionnels intestinaux ?

624 M4 : C'est une bonne question. Pour moi les troubles fonctionnels ce sont des gens qui ont  
625 toujours mal au ventre qu'on voit en consultation très souvent. Et puis je fais un bis repetita  
626 des consultations pour douleurs abdominales qui sont souvent non systématisées, à droite  
627 ou à gauche. C'est assez sommaire. Ça dépend des patients.

628 AL : Ils consultent tous les combien ?

629 M4 : Il y en a qui viennent tous les mois ou tous les deux mois ; qui viennent facilement. Et  
630 puis il y en a qui viennent tous les trois mois, sur les consultations de routines et qui vont  
631 dire qu'ils ont mal au ventre, etc.

632 AL : Ils ont des troubles du transit associé ?

633 M4 : Oui souvent, un transit rapide, mais pas obligatoirement.

634 AL : Au niveau du patient est ce qu'il a d'autres troubles ou d'autres pathologies ?

635 M4 : Oui la majorité. J'ai une majorité de patients assez vieille avec diabète, hypertension.

636 AL : Et ces patients là ce sont des patients qui ont mal au ventre depuis très longtemps, des  
637 dizaines d'années ?

638 M4 : Oui, oui souvent. Des dizaines d'années, oui dans ma patientèle.

639 AL : Est-ce qu'ils ont vu d'autres médecins en dehors de vous ?

640 M4 : Enfin, moi j'ai une patientèle un peu fidèle, dans la mesure où je pense savoir ce que  
641 font mes patients ; même si on n'est jamais sûr. Ce qui est sûr c'est que je n'ai pas un turn-  
642 over énorme sur cette question-là au niveau d'aller voir d'autres médecins. Le truc c'est  
643 qu'ils demandent un jour ou l'autre d'avoir des examens complémentaires. C'est un peu à  
644 leur demande pour être rassuré ; donc coloscopie, scanner, échographie, etc.

645 AL : Vous faites des prises de sang aussi pour ça ?

646 M4 : Oui, ça m'arrive souvent, car j'ai la prise de sang un peu facile, c'est un peu une  
647 habitude. Ce n'est pas trop cher et puis c'est facile à faire. C'est pour vérifier un syndrome  
648 inflammatoire ou des choses comme ça qui permettraient de justifier d'autres examens.  
649 AL : Donc ça va être plutôt lors des poussées ?  
650 M4 : Oui c'est ça. Si une personne a une douleur aiguë ou systématisée, une petite réaction  
651 péritonéale.  
652 AL : Dans votre patientèle c'est plutôt des hommes, des femmes ?  
653 M4 : Oui je dirai que ce sont plus des femmes, même si je n'ai pas les stats.  
654 AL : Oui c'est ce qui ressort souvent des entretiens. Ce sont des patients anxieux ?  
655 M4 : Moi, quand même j'ai une patientèle très ancienne, que je connais bien et oui  
656 globalement il y a presque toujours un terrain anxieux ; je dirais environ 95%. Et même il y a  
657 des gens à qui je demande s'ils sont anxieux et la réponse est non ; enfin ça dépend de  
658 comment on le demande ; mais la réponse est non. Et puis au bout de quelques mois  
659 d'évolution, d'un coup ils s'aperçoivent que c'est lié à leur stress, qu'ils n'avaient pas tilté  
660 qu'ils ont eu des ennuis de famille ou autres et que ça avait eu une incidence directe.  
661 AL : Et ça a tendance à majorer leurs symptômes ?  
662 M4 : Ah oui, ça fait des poussées un peu plus fortes.  
663 AL : Est-ce que vous utilisez des échelles ?  
664 M4 : Ah non, je ne suis pas très échelles parce que je suis de l'ancienne génération, donc j'en  
665 fais quelques-unes, mais abdominales zéro. Je ne savais même pas trop qu'il y en avait.  
666 AL : Et dans les prises de sang, est-ce que vous faites aussi des recherches sur la thyroïde ?  
667 Les anti-transglutaminases ?  
668 M4 : Ah oui pour le thyroïde, et les anticorps aussi une fois. Quand je parlais de prise de sang  
669 tout à l'heure, c'était quand les patients reviennent, qu'ils demandent des examens  
670 complémentaires, c'est un moyen détourné des fois de les calmer en leur montrant une  
671 prise de sang qui est normale. Ce n'est pas très rationnel, mais des fois ça permet de calmer  
672 l'angoisse et puis d'éviter des examens plus invasifs.  
673 AL : D'accord. Et le diagnostic c'est plutôt vous qui le posez ?  
674 M4 : Je dirai que c'est presque toujours moi. Quand j'en envoie chez le gastroentérologue, je  
675 me mouille en disant que c'est sans doute une colopathie fonctionnelle ou un côlon irritable.  
676 AL : Et après vous les prenez en charge comment ?  
677 M4 : J'essaie de leur faire comprendre que ce n'est pas une maladie grave qui leur pourrit la  
678 vie. Il y a des gens qui arrivent bien à comprendre que c'est lié à leur stress, c'est lié à leur  
679 mode de fonctionnement, et qu'on n'a pas besoin toujours de médicaments, ou juste pour  
680 traiter les crises. Puis il y en a d'autres, on a l'impression qu'ils ont compris le discours, mais  
681 dès qu'ils ont mal au ventre ils reviennent vous voir, systématiquement, avec le même  
682 protocole, c'est très standardisé, avec les mêmes plaintes ; et on a l'impression, à six mois  
683 d'intervalle de refaire la même consultation.  
684 Et puis après je leur mets un peu de médicaments : antispasmodique (Meteospasmyl®,  
685 Meteoxane®, Débridat®), des plâtres et actuellement c'est la mode des probiotiques

686 (Probiolog<sup>®</sup>, Smebiocta<sup>®</sup>), c'est à la mode. J'utilisais auparavant un vieux médicament qui  
687 n'est plus remboursé c'est le Librax<sup>®</sup>.

688 AL : Et ça marche chez vos patients ?

689 M4 : Honnêtement je n'en ai aucune idée. J'ai l'impression ce type de pathologie, quand on  
690 introduit un médicament, on ne sait pas si c'est l'effet placebo ou le contact avec le patient,  
691 mais ça calme. Mais ce qui est sûr c'est que ça ne marche pas trop longtemps. Ce qui est sûr  
692 si je devais dire si ça marche je dirais que je n'en sais rien.

693 AL : Au niveau alimentaire vous préconisez certaines choses ?

694 M4 : Non j'essaie de leur dire de manger régulièrement, comme les gens sont un peu  
695 phobiques sur les aliments, j'essaie de leur dire de ne pas manger trop de choses qui  
696 donnent des gaz : les choux, etc. Après il y a aussi la mode de supprimer le lait, le gluten :  
697 donc ça je ne rentre pas dans ce jeu-là, car je n'ai pas beaucoup de connaissance là-dessus  
698 donc je botte en touche.

699 AL : Donc au niveau nutritionnel vous ne préférez pas donner trop de conseils.

700 M4 : Non.

701 AL : Et vous leur proposez de faire des calendriers de ce qu'ils mangent ?

702 M4 : Non, pas systématiquement. Je suis plus dans la relation psychologique que le  
703 dépistage à tout va. Et ce sont des patients que je connais bien, sauf pendant la saison.

704 AL : Concernant les médecines, dites « parallèles » : la sophrologie, l'hypnose, la relaxation ?

705 M4 : Bon c'est vrai que je n'ai pas trop l'habitude d'envoyer chez l'hypnotiseur pour ça. C'est  
706 vrai que je n'ai pas pensé. Pas contre j'envoie souvent les patients réceptifs chez le  
707 sophrologue ou faire de la relaxation ; je trouve que c'est ce qui marche le mieux. Alors par  
708 contre ça c'est très net que ce ne sont que les femmes ; les hommes ne veulent pas, c'est  
709 zéro pointé.

710 AL : Y a-t-il certains de vos patients qui vous ont parlé ou recherché des allergies  
711 alimentaires ? Ou en avez-vous cherché ?

712 M4 : Alors s'il y en a certains qui sont sûrs d'avoir une allergie alimentaire, mais je n'en sais  
713 rien. Alors j'utilise, quand les gens sont très demandeurs, un laboratoire à Paris qui teste les  
714 intolérances alimentaires. Donc ils dosent une palette de deux cent vingt produits, donc ils  
715 font ce que moi je ne fais pas. On fait une prise de sang sur un tube sec, c'est envoyé à Paris,  
716 c'est non remboursé et ça vaut dans les 170€. Et donc ils testent des intolérances, après c'est  
717 coché et si on en a deux ou trois classes ça oriente pour essayer de les réduire ou supprimer.

718 AL : Ah je ne connaissais pas.

719 M4 : Et ça se présente sous forme de tableau avec à éviter, les taux limites.

720 AL : Très bien.

721 M4 : Ce n'est pas du tout rationnel, mais voilà.

722 AL : C'est ce qui est intéressant dans les entretiens, car en questionnaires les petits trucs ne  
723 ressortiraient pas. Vous avez auparavant éliminé des cancers, maladies cœliaques ?

724 M4 : Bah pas toujours, car je ne fais pas les examens pour faire les examens. Ça dépend  
725 quand je suis sûr du diagnostic, car il y a quand même des fois où on est sûr du diagnostic,  
726 donc je ne fais pas toujours un bilan complet systématiquement. En fonction de l'âge, en

727 fonction des cas je ne suis pas systématique. Mais il faut faire gaffe. Et puis comme je  
728 connais bien les patients, je note quand même leur type de douleur, leur localisation et la  
729 douleur change et, en général la plainte des gens n'est pas la même comme pour les  
730 douleurs thoraciques.

731 AL : Vous voyez des patients avec des troubles fonctionnels toutes les semaines ?

732 M4 : Oui sans jamais compter, mais un ou deux par semaine.

733 AL : À propos de ces patients, vous arrivez facilement au diagnostic ?

734 M4 : Ah oui, ce n'est pas quelque chose qui m'empêche de dormir. Je trouve que c'est  
735 quelque chose qui est assez typique, il y a tout un tas d'éléments qui sont très concordants  
736 et l'expérience me montre que, en fait, je ne trompe quasiment jamais. Comme vous disiez  
737 tout à l'heure de faire des examens complémentaires pour éliminer un cancer, une maladie  
738 cœliaque, souvent le tableau il est tellement patent que bon je n'ai pas en mémoire d'avoir  
739 fait traîner quelqu'un sur une malabsorption ou un cancer pendant cinq ans sans avoir fait le  
740 bilan. Soit ça parlait et j'ai fait un bilan d'emblée et c'était négatif, soit c'était tellement  
741 typique que cinq ans après c'est toujours la même chose.

742 AL : D'accord, et êtes-vous à l'aise avec la prise en charge ?

743 M4 : Oui ça va. Ce sont des gens qui écoutent quand même le médecin, on arrive à les  
744 canaliser, il n'y a pas d'urgence aiguë. Soit, ils ont très mal et on peut les calmer facilement,  
745 et puis après c'est les rassurer, refaire le même discours, essayer de les accrocher un peu  
746 pour qu'ils nous écoutent, qu'ils ne restent pas dans leur maladie. C'est une maladie un peu  
747 de tous les jours en médecine générale, qui finalement n'est pas déplaisante à prendre en  
748 charge.

749 Remerciements.

## 750 **ENTRETIEN 5**

751 Présentation du sujet de thèse.

752 AL : Bonjour, comment définirez-vous les troubles fonctionnels intestinaux ?

753 M5 : Alors déjà, des symptômes digestifs tout simplement, des gens qui se plaignent de  
754 ballonnements, de douleurs abdominales notamment, du tractus digestif ; et puis sinon, c'est  
755 plus à l'interrogatoire, parce que je trouve que les patients s'expriment très peu là-dessus, je  
756 vais de plus en plus les chercher sur des selles tout simplement : comment sont leurs selles,  
757 la fréquence, etc. Je me suis rendu compte que si on demande juste « bah au niveau des  
758 selles ça va ? » ils répondent « oui, oui ». Et puis finalement derrière quand ils disent « oui,  
759 oui », et qu'on demande « qu'est-ce que ça signifie pour vous, qu'est-ce que ça veut dire en  
760 fréquence ? », on se rend compte que leur « oui, oui », ce n'est peut-être pas le nôtre et il y a  
761 l'effet aussi de s'habituer à un rythme de selles que nous ne définirions pas comme normal,  
762 mais au fil du temps ils s'y sont habitués, comme on peut s'habituer à une douleur et se dire  
763 « bah non je n'ai pas mal », mais elle est là. Puis bon je pense qu'il y a un côté un peu tabou  
764 des selles, enfin c'est ce que je ressens.

765 AL : Et une fois que vous posez la question, ils répondent ?

766 M5 : Oui, ils répondent effectivement, plus ou moins. Je pense qu'ils auraient envie de  
767 répondre « bah je ne regarde pas », après par contre il y a en a qui rentrent facilement dans  
768 la question et dans la réponse et justement ce sont ceux qui, quand on va plus loin dans  
769 l'interrogatoire sur l'alimentation, qui sont déjà assez attentifs et qui savent dire « bah je sais  
770 que quand je mange ça, que j'ai fait un repas un peu trop riche, je me rends compte que ça  
771 agit, etc. ». Ceux qui sont les plus précis ce sont ceux qui sont les plus à l'écoute et qui ont  
772 déjà fait un certain nombre de parallèles entre leur mode de vie, leur alimentation et leur  
773 confort ou inconfort digestif.

774 AL : C'est une majorité des patients qui font attention à leur mode de vie ?

775 M5 : Alors, principalement sur le tube digestif, même moi en tant que médecin ça ne fait pas  
776 très longtemps que je vais au-delà de leur simple réponse « oui, oui ». De manière plus  
777 générale mode de vie, j'ai l'impression que les gens sont de plus en plus sensibilisés à ça, et  
778 que même si spontanément ils ne vont pas en parler, dès que moi, je vais sur cette  
779 thématique, on sent que ça fait écho. Alors certains c'est un peu loin, ils ont lu ou entendu  
780 un peu à la radio, mais ce n'est pas encore très présent dans leur vie, là où d'autres ont pris  
781 ça à bras le corps et ont déjà été éduqués en tant qu'enfant, et du coup-là c'est un peu royal.  
782 Ça par contre c'est une expérience un peu plus ancienne, parce que c'est quelque chose qui  
783 m'importe dans ma vie personnelle et la façon dont ça peut agir sur notre santé notamment,  
784 mais j'ai l'impression qu'avant les gens étaient plus « mais je ne suis pas venu pour ça,  
785 pourquoi elle me parle de ça, et mon mode de vie qu'est-ce que ça peut lui faire » ; mais  
786 aujourd'hui je trouve qu'ils sont un peu moins réticents. Bon après peut-être que moi aussi je  
787 l'aborde d'une manière plus posée avec l'expérience et la consultation et dans ma propre vie,  
788 je pense que ma façon de présenter les choses à évoluée. Je présentais peut-être de façon  
789 moins ouverte avant et les gens pouvaient se crispier, je ne sais pas. En tout cas aujourd'hui je  
790 trouve que c'est plus cool, pour moi et pour eux, la plupart du temps ils ne sont pas hostiles,  
791 et en même temps je n'insiste pas non plus si je vois que la personne n'est pas là-dedans, je  
792 lance une petite graine et je me dis que peut-être un jour ça poussera.

793 AL : Pour le diagnostic, c'est plus sur l'interrogatoire ?

794 M5 : Oui sur l'interrogatoire et l'examen clinique et parfois il peut y avoir examen  
795 complémentaire en fonction de l'examen clinique, du patient s'il est vraiment hyper stressé  
796 par ses douleurs et qu'il y met derrière tout un tas de potentialité, ça pèse dans la balance.  
797 Par exemple là je n'aurais pas forcément fait d'échographie, mais ça peut aussi soulager le  
798 patient de voir que l'échographie est normale et du coup ça peut aussi soulager ses  
799 symptômes puisque les deux sont aussi liés.

800 AL : Vous trouvez que le stress augmente leurs symptômes ?

801 M5 : Moi je suis persuadée que ça agit bien sûr. Après il y a ceux qui en ont conscience et qui  
802 l'ont bien remarqué, que dans les phases de stress aigu, voilà, ils vont plus aux toilettes ou ils  
803 ont plus de douleurs, il y a ceux qui mettent de côté, après c'est de voir comment ils  
804 acceptent de voir qu'ils ont du stress dans leur vie ; après on déroule tout un tas de choses.  
805 Donc certains sont prêts à voir que leur vie est stressante et chercher comment faire, il y a  
806 ceux qui ont déjà vu et qui commencent à mettre des choses en place et puis il y a ceux qui

807 en sont au point où oui, ils savent plus ou moins, mais c'est comme ça et ils préfèrent  
808 occulter que de regarder.

809 AL : Quelles sont les choses que vous ou les patients mettez en place pour la gestion de ce  
810 stress ?

811 M5 : Là du coup on part plus sur le stress. Alors c'est très vaste. Les patients, parce ce qu'ils  
812 ont vraiment pointé des situations stressantes, récurrentes dans leur vie et du coup ça va de  
813 la pratique du yoga à la méditation ou autres, jusqu'à essayer de modifier ou d'éviter de se  
814 retrouver dans ces situations là quand ils ont la main plus ou moins dessus ; parce qu'il y a  
815 des gens qui mettent en place des choses qui les stressent et du coup ils peuvent faire  
816 marche arrière. Sur le stress après si eux n'ont rien mis en place, ce sont des choses dont je  
817 peux leur parler : « est-ce que vous avez identifié les situations stressantes ? Une fois qu'elles  
818 sont identifiées, est-ce que vous pensez pouvoir avoir un minimum de main dessus ou pas ?  
819 Si c'est le cas qu'est-ce que vous pouvez envisager de faire pour ne pas vous retrouver dans  
820 ces situations-là ? Si vous n'avez pas la main, parce que c'est le boss qui est stressant et qu'on  
821 ne changera pas le boss, comment vous pouvez faire ? Est-ce qu'il y a moyen de changer de  
822 boulot ou d'entreprise ? Est-ce que vous pouvez être avec votre boss et mettre un écran  
823 entre lui et vous pour que ce qui vous stresse reste à distance.

824 AL : Et au niveau sophrologie, acupuncture est-ce que vous leur proposez ?

825 M5 : Oui, aussi effectivement, j'ai des contacts effectivement ; pas mal dans le pays de Retz,  
826 même ostéopathe, qui a souvent une approche plus globale du patient que ce que la  
827 médecine occidentale nous a appris. Voilà effectivement sophrologue, pas trop acupuncteur  
828 dans le pays de Retz, car il y en a plus en ville. J'ai aussi une personne pas très loin qui a  
829 toujours une écoute ce qui dans les situations comme le stress est déjà important.

830 AL : Est-ce que vous trouvez que ça permet aux gens de plus s'écouter/de faire plus attention  
831 à leur corps ?

832 M5 : Vraiment le retour, de ne pas partir dans leurs pensées qu'elles soient dans le stress de  
833 leur douleur et de ce qu'il pourrait y avoir derrière (est-ce que je n'ai pas un cancer, ou autre)  
834 ou même dans la vie de tous les jours arriver à couper avec le mental et puis redescendre  
835 plus dans son corps et dans ses émotions et se rendre compte aussi que par ce biais-là on  
836 peut déjà calmer les choses, reprendre la main sur soi aussi. Les gens, je pense qu'ils sont  
837 beaucoup à l'extérieur d'eux-mêmes aujourd'hui, ils ne réfléchissent plus parce que l'agenda  
838 est blindé du matin au soir et du coup il n'y a plus de place au « je me pose, je prends du  
839 recul, bah tient au fait là j'ai vécu un truc qui ne m'a pas convenu, je sens que j'ai la boule là,  
840 d'ailleurs je n'ai pas faim ». Enfin les gens ne se posent plus, je trouve. Là j'ai vu l'évolution  
841 sur mes remplacements, parce que ça fait maintenant quinze à dix-sept ans que je remplace  
842 et j'ai vraiment ressenti depuis cinq à sept ans environ que justement la part de stress dans la  
843 vie des gens, notamment au travail était en courbe presque exponentielle, c'est de la  
844 souffrance au travail. Et c'est de plus en plus, alors est-ce qu'ils en parlent plus, même si je  
845 pense que ce n'est pas toujours facile pour eux de dire que bah oui ils ont quelqu'un au-  
846 dessus d'eux ou à côté d'eux qui n'est vraiment pas chouette et c'est difficile pour beaucoup  
847 de gens d'exprimer leur souffrance. Alors que oui est-ce qu'ils l'expriment plus qu'avant ou

848 pas, je trouve que spontanément ils viennent plus poser le truc « alors là je n'en peux plus,  
849 pas de reconnaissance, ça fait quinze ans que je suis dans la boîte, on me vire comme une  
850 vieille chaussette », ça j'ai vraiment cette impression.

851 AL : Pour revenir aux colopathes fonctionnels, est ce que vous prescrivez des bilans  
852 biologiques ?

853 M5 : Alors moi j'ai une position un peu particulière du fait que je sois remplaçante. Parce que  
854 même si je remplace régulièrement dans les mêmes cabinets, notamment celui dans lequel  
855 je suis depuis quinze ans, le médecin ne prend pas énormément de vacances sauf en été,  
856 puis Noël ou Pâques, Février, donc il n'y a pas nécessairement de suivi des gens. En général,  
857 pour moi s'il y avait à prescrire un bilan d'emblée, c'est qu'il y aurait vraiment des choses très  
858 criantes et en fait ça a déjà été fait avant en général. Soit-il y a déjà eu des bilans de faits,  
859 qu'on n'a rien trouvé, pas d'intolérance au gluten par exemple, et les gens continuent de se  
860 plaindre, et c'est plus ou moins amélioré avec les traitements, mais pas toujours, je vois plus  
861 ces patients-là ; ou je vois des gens qui finissent par en parler « en fait ça fait longtemps que  
862 je suis gêné » et là je ne vais pas non plus prescrire d'emblée donc finalement ce n'est pas  
863 souvent moi qui vais prescrire le bilan. Quand c'est un patient qui commence à parler de ces  
864 problèmes, je vais plus commencer par débrouiller la situation : est-ce qu'il y a des nœuds  
865 dans sa vie, comment est-il au niveau alimentaire, comment il mange en gros ; est-ce que  
866 c'est sur le pouce à midi rapidos, sans aller très profondément dans la qualité nutritionnelle,  
867 etc. ; je l'amène à prendre conscience de tout ça, éventuellement à noter, parce que  
868 l'alimentation, pour certains, c'est presque un réflexe ; ils ne conçoivent pas toujours leurs  
869 repas : qu'est-ce que je vais manger aujourd'hui et du coup ils disent « bah non je ne mange  
870 pas trop de ci pas de trop de ça » et puis finalement en notant « ah bah oui quand même en  
871 fait ». Donc je n'hésite pas à leur dire de noter et puis la prochaine fois que vous consulter  
872 peut-être revenez pour consulter que pour ça, car ils ne consultent généralement pas que  
873 pour ça et puis ça part en constellation et puis on ne peut pas aller au bout de tous les motifs  
874 de consultation en un quart d'heure, c'est navrant, mais c'est comme ça. Donc finalement  
875 des bilans biologiques j'en prescris assez peu hormis bilan classique. Quand j'en prescris c'est  
876 un bilan de base, pas forcément à orientation digestif, mais dans lequel je vais mettre les  
877 enzymes hépatiques, etc. parce que ça fait un petit moment que le patient ne l'a pas eu et  
878 que c'est l'occasion, mais voilà. Après des bilans plus spécifiques c'est vrai que je ne suis pas  
879 tellement amenée à ça, mais si je suis amenée à revoir des gens que j'ai déjà vus, ou arrivée à  
880 un certain bout du parcours où, je réfléchis, mais je ne pense pas avoir déjà prescrit de bilan  
881 gluten ou autre plus spécifique. Je vais plutôt adresser au spécialiste parce que je me dis  
882 qu'on va piquer pour un truc et qu'il y a des choses que moi je ne vois pas derrière et que  
883 c'est un petit peu dommage. S'il y a besoin d'un bilan spécifique, je vais conseiller au patient  
884 d'aller voir un spécialiste ; d'ailleurs je viens de penser que je n'ai pas trop le réflexe  
885 allergologue ; j'ai plus le réflexe gastroentérologue ; même si après quand je retrouve des  
886 courriers quand je reviens au cabinet ; en l'occurrence sur les gastroentérologues je suis  
887 souvent un peu déçue dans le sens où la réponse est souvent « c'est un colopathe  
888 fonctionnel, il va continuer son Spasfon ou autre » et ce n'est pas forcément ce que

889 j'attendais du spécialiste puisque je m'étais déjà dit que le patient était colopathe fonctionnel  
890 mais bon. Après qu'est-ce qu'un colopathe fonctionnel, qu'est-ce qu'on fait de la colopathie  
891 fonctionnelle et comment on se dit que c'est vraiment ça même si ce n'est jamais vraiment ça  
892 uniquement en plus. Je trouve qu'ils sont très peu sensibles, enfin ça va peut-être venir, le  
893 microbiote on n'en parle depuis pas si longtemps que ça non plus, mais enfin. Je pensais que  
894 ça aurait été eux les premiers à faire émerger les choses, après je n'ai peut-être pas les bons  
895 correspondants non plus. Ils restent souvent sur les médicaments classiques.

896 AL : Le microbiote, on en parle de plus en plus, mais plutôt sur la maladie cœliaque ou la  
897 maladie de Crohn, donc je pense que ça viendra plus tard pour les colopathies fonctionnelles.

898 M5 : Après je fais et j'assiste au DU de phytothérapie à la fac de pharmacie de Nantes. Alors  
899 c'est vrai que les intervenants sont souvent des médecins généralistes qui s'étaient formés à  
900 la phytothérapie et autres éventuellement, ce n'était pas des spécialistes, sauf une  
901 gastroentérologue en tant qu'étudiante, mais on a décliné façon phytothérapie système par  
902 système même si dans chaque cours, par exemple le digestif on ne parlait pas que du digestif,  
903 on apprenait quand même de façon plus globale les interactions entre les différents  
904 systèmes, pas tout à fait comme à la faculté de médecine. Et du coup-là le système digestif a  
905 vraiment pris sa place centrale, avec d'autres organes bien sûrs. Alors ces médecins  
906 généralistes, surtout un, sa première question à ses patients « c'est comment va votre  
907 côlon ? » parce que si le côlon ne va pas, on peut toujours essayer d'agir sur le reste, il y a  
908 quand même beaucoup de choses qui passent initialement par là et qui ensuite font  
909 fonctionner le reste de l'organisme. Donc il y a cette sensibilité-là que je suis un peu en train  
910 d'affiner avec ce D.U de phytothérapie qui est très complet et que je conseille.

911 AL : Les gastroentérologues font des examens complémentaires ?

912 M5 : Alors de mon impression, sans être trop catégorique puisque je n'ai pas à proprement  
913 parler une patientèle propre c'est plus difficile de se rendre compte, mais je n'ai pas  
914 forcément l'impression qu'ils ont la coloscopie facile, par contre je pense que ça peut finir  
915 par ça plus ou moins rapidement selon le patient ; par exemple le patient hyper stressé qui a  
916 le cancer en ligne de mire ; j'ai plus cette impression-là quand même ; après aussi les patients  
917 avec des antécédents familiaux de cancer. Donc voilà les gastroentérologues je pense que  
918 c'est plus ça : soit-il y a des gros antécédents et là ils font la coloscopie d'emblée et puis on  
919 voit et puis après sinon c'est en fonction du temps depuis lequel le patient est gêné, s'il y a  
920 déjà eu ou pas des épisodes un peu plus critiques avec du sang dans les selles, mais je n'ai  
921 pas l'impression qu'ils aient la gâchette facile là-dessus.

922 AL : Des patients colopathes, vous en voyez toutes les semaines ou vous remplacez ?

923 M5 : Je dirai que oui, et je pense si j'avais le temps à chaque consultation d'aller là-dessus,  
924 oui c'est clair que j'en aurais toutes les semaines voire même peut-être tous les jours de la  
925 semaine où je remplace. Après les quinze vingt minutes de consultation font que je ne vais  
926 pas toujours là-dessus même si ce n'est pas très satisfaisant, c'est comme ça. On rêverait de  
927 pouvoir avoir plus de temps avec les gens, mais je ne choisis pas, c'est un autre petit écueil  
928 du remplacement.

929 AL : Est-ce que vous prescrivez des traitements médicamenteux ?

930 M5 : Alors, oui ça peut. Notamment quand c'est en fin de consultation ou sur le pas de la  
931 porte « ah oui, au fait je voulais vous dire que je ne suis vraiment pas bien au niveau digestif,  
932 vraiment ça ne va pas », je leur dis que ça serait bien de revenir, là ok. Si c'est plutôt spasmes,  
933 Spasfon® ; c'est plutôt diarrhées, je les invite quand même à regarder ce qu'ils mangent et  
934 voire je leur donne un peu de Smecta® si c'est vraiment pénible, là je suis dans le pur  
935 traitement symptomatique de base et je les invite à reconsulter que pour ça.

936 AL : Et au niveau alimentaire, c'est vous qui leur dites de noter tout ce qu'ils mangent, de  
937 faire un calendrier ?

938 M5 : Ah oui, je n'ai jamais vu patient arriver avec leurs notes en disant « je me suis dit que ce  
939 serait bien et du coup je vous ai amené ». Mais du coup c'est frustrant parce que je leur dis  
940 de faire ça, mais je ne les revois pas ; mais bon je leur dis de l'apporter à leur médecin la  
941 prochaine fois, même si ce n'est pas moi. Pour eux ça leur permet de se donner les moyens  
942 de croiser des informations et de leur donner des idées et d'en parler à leur médecin.

943 AL : Et le calendrier vous leur dites de le faire sur une longue période ?

944 M5 : Alors ça c'est en fonction d'eux. Je leur dis « l'idéal serait de noter vraiment tout ce que  
945 vous mangez sur un mois, essayez de faire en sorte que dans les repas que vous notez il y ait  
946 une régularité, car si vous ne faites que le week-end, le week-end vous ne mangez  
947 certainement pas comme dans la semaine », « après si vous choisissez le week-end ça peut  
948 aussi être le week-end qui déstabilise tout le reste, mais on ne pourra statuer que pour le  
949 week-end », en gros je leur dis de noter au minimum sur les jours représentatifs de leur vie  
950 quotidienne s'ils ne font pas dans l'idéal tous les repas pendant un mois, parce que c'est  
951 astreignant quand même ; mais ça peut aussi être un moment où ils se posent et ça peut  
952 être un petit bout de la ficelle qui les fera se rendre compte qu'ils peuvent prendre le temps  
953 de faire ça et donc d'autres choses aussi.

954 AL : Vous leur préconisez des régimes ?

955 M5 : Non je ne parlerais pas régime, et j'évite d'employer de terme là, car il est très connoté.  
956 Mais quand ça sort, je leur dis de ne pas prendre ce terme-là tel quel. Je parlerais plus de  
957 conseil dans ce que je leur donne. Pour moi le mot régime, je ne sais pas ce qu'eux peuvent y  
958 mettre de draconien et de difficile, etc., mais j'y mets quelque chose d'assez précis pour  
959 autant et d'assez complet, je ne suis pas nutritionniste et je ne me sens pas capable de  
960 véritablement leur fournir une marche à suivre suffisamment précise pour coller à ce que je  
961 mets dans ce mot-là. Par contre je vais leur donner des conseils ; par exemple s'ils me disent  
962 qu'ils mangent énormément de pain et qu'ils ont des selles collantes, je vais leur dire de faire  
963 un peu attention et de varier. J'appelle plus ça du conseil. En plus dans mon mode de  
964 fonctionnement en dehors du fait que je sois médecin, le côté blanc noir ça ne me  
965 correspond pas, et les régimes sans ceci sans cela, que du cru, que du sans gluten (à part  
966 certains qu'on voit très rarement), j'ai du mal avec ça. Je considère que la vie est une  
967 diversité et qu'elle doit aussi l'être dans l'assiette y compris dans les modes de cuisson, les  
968 couleurs, etc. Je vais parfois dire de limiter certains aliments comme les fibres ou autres,  
969 mais je vais rester dans cette zone-là sans aller dans le trop ou pas assez. Et j'ajuste en

970 fonction de ce que les gens me rapportent et de ce qu'ils me disent sur le fait que ça ait  
971 amélioré certains points ou pas.

972 AL : J'avais aussi lu des articles sur les alimentations pauvres en FODMAPS qui elles  
973 préconisent de réduire en quantité certaines classes d'aliments pendant un temps puis de les  
974 réintroduire en plus grande quantité classe par classe pour essayer d'identifier la classe en  
975 rapport avec les symptômes.

976 M5 : Oui et quel équilibre avoir pour soi même. Après une des problématiques du tube  
977 digestif et de tous ces symptômes est que, et ça il y a de plus en plus de patients qui disent  
978 « oui, mais », certes on peut donner des conseils et leur faire prendre conscience des  
979 différents nutriments et de l'équilibre qu'il faut, etc. quand bien même, c'est de plus en plus  
980 difficile de savoir ce qu'on mange réellement. Et ça c'est un grand questionnement pour moi,  
981 parce que certes il y a des sucres, le lactose, etc., mais il y a aussi tout ce qu'il y a en plus là-  
982 dedans, de pesticides, de perturbateurs endocriniens, de machins et qui brouillent nos pistes  
983 aussi en tant que médecin, parce qu'on réagit comme si les gens étaient juste dans un  
984 déséquilibre de classe alimentaire et de nutriments, alors qu'en fait il y a à ça, mais pas que,  
985 et du coup je n'y pense pas trop souvent et je continue sur le déséquilibre des aliments, mais  
986 ce n'est pas bien pris en compte par l'industrie alimentaire. Donc bon je dis aux gens de ne  
987 pas prendre de produits transformés au maximum, c'est un discours que je n'avais pas avant.  
988 Parce que moi aussi je continue à grandir, m'enrichir et évoluer, et aussi parce que la société  
989 n'est pas allée dans le bon sens de ce côté-là et je pense que c'est vraiment important de leur  
990 faire se rendre compte de ça aussi. Ne serait-ce que le sucre de base c'est horrible et les gens  
991 n'ont pas l'impression d'en manger ; c'est pour ça que je leur dis de noter par ce que par  
992 exemple le soda « non, mais un soda de temps en temps » et en fait ils ne se rendent pas  
993 compte que ce n'est plus de temps en temps.

994 AL : J'avais vu un reportage il y a quelques années sur le pain et les additifs dans les farines  
995 vendues aux boulangers. Il y avait un témoignage d'un homme d'une quarantaine d'années  
996 qui avait déclenché des douleurs abdominales et des ballonnements, son médecin lui avait  
997 préconisé un régime sans gluten qui avait amélioré ses symptômes, mais c'est un monsieur  
998 qui aimait beaucoup le pain et il avait trouvé une boulangerie qui faisait du pain à l'ancienne  
999 avec sa propre production de farine sans additif et il pouvait en manger sans avoir de  
1000 troubles digestifs alors qu'il y avait du gluten dans ce pain.

1001 M5 : Oui effectivement, le tout sans gluten il y a eu un gros buzz là-dessus, et c'était un peu  
1002 la facilité du médecin de dire « oh bah ça doit être une intolérance au gluten », comme en  
1003 plus c'est quand même très compliqué de faire un régime sans gluten strict, il y a toujours  
1004 plus ou moins un peu donc bon c'était l'exit un peu facile pour le médecin. Nos ancêtres en  
1005 mangeaient aussi énormément et il y a aussi le fait qu'on a transformé les aliments de telle  
1006 manière qu'on est devenu intolérant à quelque chose qui se retrouvait presque à l'état. Ça  
1007 me fait presque le même effet avec les traitements de la chimie synthèse et la phytothérapie,  
1008 c'est que du coup on a le principe actif qui est venu en général d'une plante, mais on l'a  
1009 extrait, on l'a pris tout seul et on s'est dit « oh bah c'est ça qui guérit ça, donc on va prendre  
1010 la molécule et on vous la balance dans un comprimé », qui cela dit est quand même enrobé

1011 d'autres choses, alors que quand on prend ça marche, mais avec le temps on voit les effets  
1012 indésirables. Alors qu'avec la plante on a beaucoup moins ça, car on prend celle-là qui est  
1013 assez majeure dans cette plante-là, mais il y a pleins d'autres dans cette plante-là, et c'est  
1014 l'équilibre de toutes ces molécules-là qui fait que celle qui est active sur le problème agit,  
1015 mais les autres contre-balancent les effets potentiellement nocifs qu'elle aurait si on l'ingère  
1016 toute seule. Et avec l'alimentation c'est pareil, à force de raffiner à fond, on se retrouve  
1017 presque avec une molécule toute seule, tout le reste, tout l'enrobage est parti et du coup elle  
1018 finit par devenir agressive au fil du temps parce que la nature elle n'a pas fait pousser un  
1019 morceau de sucre. La canne à sucre, il n'y a pas les bouts de sucre qu'on cueille comme les  
1020 myrtilles. Et ce n'est pas pour rien si elle ne l'a pas fait comme ça.

1021 AL : Êtes-vous à l'aise avec le diagnostic et la prise en charge de ces patients ?

1022 M5 : Alors à l'aise, je dirais que je ne suis jamais vraiment à l'aise avec rien, mais ce n'est pas  
1023 une pathologie criante, c'est que ce qui me fait peur dans être à l'aise c'est qu'après c'est  
1024 l'autoroute et on ne réfléchit plus. Et du coup petit à petit, on va mettre un patient dans une  
1025 case, des fois un peu trop vite cette fois-là et du coup on se trompe, sans forcément qu'il y  
1026 ait de répercussion majeure, mais bon, du coup je ne suis jamais à l'aise avec un diagnostic.  
1027 Je me pose toujours la question « est-ce que c'est bien ça ? » et je pense qu'il faut aussi du  
1028 temps justement, le facteur temps est important surtout dans tout ce qui est du domaine  
1029 fonctionnel. La vie ce n'est pas à l'instant T, quand je viens voir le docteur, même pas pendant  
1030 quinze minutes, c'est qu'est-ce que ça va donner, et tout ça, c'est aussi un travail avec les  
1031 patients le tout, tout de suite. Comme certains disent « mais ça ne va pas être possible, je ne  
1032 dois pas être ballonné ce week-end », bah oui, mais bon la vie ne fonctionne pas sur un  
1033 claquement de doigts. Donc après oui je suis de plus en plus à l'aise pour leur parler de ça et  
1034 d'aller plus au fond, « mais vos selles comment sont-elles ? Et quelle est la consistance ?  
1035 Etc. », mais sûrement aussi parce qu'avant j'étais moins à l'aise et qu'il m'était compliqué  
1036 d'aller là-dessus, peut-être aussi quand ils étaient réticents, je n'osais pas. En ça oui je pense  
1037 que j'ai acquis plus d'aisance. Puis la prise en charge c'est pareil, oui et non, regarde tout ce  
1038 que je t'ai dit, tu vois, je compose aussi avec le patient, j'essaie d'être le plus à l'écoute  
1039 possible, parce que c'est pareil, je me suis rendu compte que parfois je ne l'étais pas  
1040 suffisamment et parfois je pars sur mon truc, mais que parfois il faut juste plus de temps à  
1041 écouter, et des fois on enlève quelques cases dans lesquelles on était parti sur les premiers  
1042 mots du patient et voilà.

1043 AL : Avez-vous remarqué qu'il y avait un profil de patient ?

1044 M5 : Je trouve que les femmes en parlent beaucoup plus, mais je ne suis pas sûre que ce soit  
1045 plus les femmes. Je trouve qu'on est encore sur des générations de patients où les femmes  
1046 sont plus à l'écoute de son corps que l'homme. Après si j'essaie de me souvenir de ce qu'on a  
1047 pu voir en phytothérapie, il y a aussi un rôle hormonal dans ces histoires, donc  
1048 potentiellement un peu plus féminine. Après elle est aussi peut-être plus dans le speed dans  
1049 sa vie socialement avec certaines qui disent « quand je rentre du boulot, c'est ma deuxième  
1050 journée qui commence », donc du coup, elle prend moins de temps pour manger, etc., et  
1051 donc retentissement à ce niveau aussi. Il y a différents facteurs qui font que les femmes s'en

1052 plaignent le plus et qu'elles sont aussi certainement un peu plus impactées que les hommes.  
1053 Par contre je trouve que les hommes, quand on les emmène sur le sujet, sont moins  
1054 dérangés de parler de leur caca que les femmes. Elles parlent mieux des symptômes, mais  
1055 dès qu'on parle de « tuyaux, de bidoche », là c'est plus difficile. C'est mon impression. Après  
1056 là où je suis moins à l'aise dans ces consultations, c'est pour les patients qui sont  
1057 polymédiqués, parce que bon, je me demande comment je peux comprendre ce qu'il se  
1058 passe dans ce ventre, dans cet organisme, avec les multiples traitements et molécules qui  
1059 interagissent et qu'ils prennent déjà pour d'autres pathologies. Et donc ce n'est pas très  
1060 satisfaisant dans le sens où j'ai l'impression qu'on recolle un patch par-dessus, un de plus.  
1061 Alors j'essaie d'être le moins possible dans la prescription de médicaments classiques et je  
1062 suis plus dans la cure de probiotique, dans l'alimentation (par rapport au foie par exemple),  
1063 et c'est là que la phytothérapie m'aide aussi un peu et à pouvoir rouvrir une petite porte au  
1064 patient, sans lui dire « bah voilà il faut prendre du Spasfon », et quand je le dis je me dis  
1065 inconsciemment que c'est nul ce que je viens de dire, mais bon sinon je lui dis que je ne peux  
1066 rien faire pour lui, ce que je n'ai pas envie de faire non plus. C'est là que je trouve que ce  
1067 n'est pas satisfaisant, car j'aimerais bien l'aider, je sens qu'il y a moyen, mais là, bon c'est plus  
1068 compliqué. Donc les patients qui n'ont pas de traitement au long cours, alors là, j'adore,  
1069 j'essaie d'insister avec eux pour qu'on essaie de passer par des choses comme l'alimentation,  
1070 le rythme de vie, les probiotiques éventuellement. Je leur dis qu'ils n'ont pas forcément  
1071 besoin de l'avis de leur médecin et qu'ils peuvent aller voir leur pharmacien pour lui  
1072 demander des conseils aussi. J'essaie de faire ça pour être plus dans une médecine  
1073 préventive, moi c'est ce qui m'intéresse. Bon parce que bon ouvrir le gros livre rouge et puis  
1074 dire « gastro bon bah voilà », c'est du recopiage, ça m'intéresse moins.  
1075 Remerciements.

## 1076 **ENTRETIEN 6**

1077 Présentation du sujet de thèse.

1078 AL : Bonjour, comment définiriez-vous les troubles fonctionnels intestinaux ou colopathies  
1079 fonctionnelles ?

1080 M6 : Je les définirais comme des douleurs chroniques abdominales très invalidantes au  
1081 quotidien, qui sont considérées comme non graves par le corps médical, mais qui sont très  
1082 handicapantes pour les gens ; avec des gens qui consultent beaucoup, qui sont très  
1083 handicapés ; j'emploie souvent le terme handicapant, mais c'est parce que c'est très  
1084 handicapant au quotidien, c'est générateur d'arrêts de travail, d'une mauvaise qualité de  
1085 vie ; ce sont des gens qui contrôlent toujours tout ce qu'ils mangent par ce qu'ils ne savent  
1086 pas ce qu'ils vont pouvoir manger, et puis ils ont l'impression surtout de ne pas être écoutés  
1087 par le corps médical. Ce sont souvent des gens qui ne sont pas contents, car le corps médical  
1088 dit que ce n'est pas grave, il y a une discordance entre ce qu'on leur dit et leur invalidité à  
1089 cause de leurs symptômes, donc pour nous ça nous met un petit peu en échec parce qu'ils  
1090 ne sont pas contents, et qu'on a beaucoup de mal à les soulager, et puis les gens ne sont pas  
1091 bien. Donc je pense que c'est vraiment très invalidant pour eux au quotidien.

1092 AL : Et comment arrivez-vous au diagnostic de troubles fonctionnels intestinaux ?

1093 M6 : Sur des douleurs chroniques, sur un terrain aussi assez particulier : des gens qui ont un

1094 terrain anxieux, des gens qui sont un peu stressés. De toute façon, avant de parler de

1095 colopathie fonctionnelle, à partir du moment où ils ont des douleurs abdominales qui

1096 durent, chez moi ils passent tous chez le gastroentérologue, parce que je veux être sûre qu'il

1097 n'y ait pas autre chose. Ils ont aussi un bilan au minimum avec un bilan sanguin et une

1098 échographie abdominale et puis très souvent chez des colopathes on arrive à la coloscopie. Il

1099 y a certains éléments qui ne nous inquiètent pas : il n'y a pas de rectorragies, il n'y a pas de

1100 perte de poids, il y a un appétit qui reste correct, il y a des douleurs qui ne sont pas

1101 permanentes ; donc des éléments qui pour nous sont rassurants, mais de toute façon, on

1102 passera forcément avant de faire le diagnostic, même si on le suspecte, par un bilan chez le

1103 gastroentérologue. Et les miens ils ont tous eu une coloscopie. Parce que de toute façon ils

1104 ne sont pas contents avant qu'on n'ait pas été au bout, et puis nous il faut être sûr qu'il n'y

1105 ait pas quelque chose derrière.

1106 AL : Dans les bilans sanguins, vous faites quoi ?

1107 M6 : Dans les bilans sanguins, je fais un bilan hépatique classique, avec une lipasémie, je

1108 recherche également la glycémie, le fer, et un TP et un bilan classique.

1109 AL : C'est donc souvent après la consultation avec le gastroentérologue que vous confirmez

1110 le diagnostic de colopathie fonctionnelle ?

1111 M6 : Oui

1112 AL : Et c'est le gastroentérologue qui leur en parle de ce diagnostic ou vous leur en avez déjà

1113 parlé avant ?

1114 M6 : Moi je leur en ai déjà parlé avant, par ce que généralement ceux que je suspecte d'être

1115 des colopathes fonctionnels je ne les envoie pas chez le gastroentérologue tout de suite.

1116 Donc au départ je suis rassurante, mais quand on les revoit pour la quatrième ou cinquième

1117 fois je les envoie chez le spécialiste ; donc je leur en parle avant.

1118 AL : Les patients consultant pour ça ont-ils déjà consulté d'autres médecins avant ?

1119 M6 : Ce sont des patients qui sont souvent mécontents, donc il y a souvent un nomadisme

1120 médical ; mais comme pour tout problème de santé où ils ont l'impression de ne pas

1121 écouter, de ne pas être entendus ; donc ils vont chercher de l'aide un peu autre part.

1122 AL : Et une fois le diagnostic posé, ils reviennent vous voir tous les combien environ ?

1123 M6 : Moins souvent, mais au moins une fois par mois.

1124 AL : Et vous en voyez toutes les semaines ?

1125 M6 : Alors non, moi j'ai une patientèle qui est surtout jeune, je suis là depuis deux ans. Après

1126 j'ai des colopathes qui sont plus âgés. Je dois avoir 80 patients par semaine, je dois en voir 2

1127 ou 3 qui sont colopathes.

1128 AL : Ce sont plutôt des hommes ou des femmes ?

1129 M6 : Des femmes.

1130 AL : Ces patients-là en dehors de l'anxiété ont-ils d'autres symptômes associés, comme des

1131 douleurs musculaires, des migraines ?

1132 M6 : Oui, par ce je pense que ce sont des symptômes de stress. Donc oui ils ont plus de  
1133 douleurs musculaires, plus de troubles fonctionnels autres que digestifs, c'est à dire toujours  
1134 mal quelque part, mal à la tête. Il y a une plainte, ils sont dans la plainte ; donc quand on  
1135 commence à être hypersensible à tous les symptômes de notre corps, on rend compte qu'il y  
1136 a une espèce d'hyperémotivité chez ces gens-là qui les rend peut-être beaucoup plus  
1137 sensibles à d'autres symptômes, qui passeraient inaperçus chez d'autres personnes qui sont  
1138 moins attentives.

1139 AL : Et une fois que le diagnostic est posé, que leur dites-vous ? Est-ce que vous leur donnez  
1140 des traitements ?

1141 M6 : Je leurs dis de faire attention à leur alimentation, que globalement c'est un régime sans  
1142 résidus, mais qu'après c'est à chacun de s'adapter et que les gens qui sont colopathes ils font  
1143 leur petite enquête et ils savent bien que quand ils mangent tel aliment ça ne va pas passe,  
1144 que c'est différent d'un colopathe à un autre. Donc surtout faire attention à l'alimentation,  
1145 d'essayer d'avoir comme toutes ces maladies-là, une bonne hygiène de vie ; parce qu'on sait  
1146 que plus ils vont être fatigués, que s'ils font des excès, s'ils sont stressés, ça va augmenter  
1147 leurs symptômes. Donc la gestion du stress, avoir une bonne hygiène de vie alimentaire, ne  
1148 pas faire trop d'excès, enfin voilà, bien dormir, ne pas se mettre en difficulté. Et puis oui je  
1149 peux donner des traitements symptomatiques, des antispasmodiques type Spasfon<sup>®</sup>,  
1150 trimébutine pour les plus anciens, et les plus récents le Météospasmyl<sup>®</sup>, le Météoxane<sup>®</sup> ;  
1151 alors il y a Carbosylane<sup>®</sup> aussi en ancien ; donc on tourne surtout sur ceux-là, tout en  
1152 sachant que les anciens comme le Spasfon<sup>®</sup> et la trimébutine sont remboursés et que les  
1153 nouveaux, le Météoxane<sup>®</sup> et le Météospasmyl<sup>®</sup> sont très peu remboursés à 15%. Voilà, mais  
1154 ils ne font pas tellement mieux que le Carbosylane<sup>®</sup> ou la trimébutine dessus.

1155 AL : Vous leur parlez d'intolérances alimentaires ou ce sont eux qui vous en parlent ?

1156 M6 : Eux en parlent, parce que c'est pareil il y a la loi du gluten. Ce sont des gens qui se  
1157 renseignent beaucoup, qui ne sont pas bien et ils se disent tient « les gens intolérants au  
1158 gluten ils ont un peu les mêmes symptômes que moi, dès qu'ils mangent un truc ils ne sont  
1159 pas bien ». Donc on les met en garde contre ça. Si vraiment ils nous embêtent beaucoup on  
1160 peut être amené à rechercher les IgA, les anti-transglutaminases pour être sûr, pour éliminer  
1161 ça. Mais non je ne leur dis pas qu'il y a des intolérances alimentaires notamment au gluten ;  
1162 je leur dis que ce sont deux maladies bien différentes, et que c'est surtout certains aliments  
1163 qui peuvent être par rapport aux histoires de fibres, qui peuvent être moins bien digérés,  
1164 sans parler de gluten. Parce que je pense que ce sont deux choses différentes.

1165 AL : D'accord. Et vous leur proposez de faire un calendrier de ce qu'ils mangent, si ça leur  
1166 fait mal au ventre ?

1167 M6 : Alors je ne leur dis pas comme ça, je ne leur dis pas un calendrier, mais je leur dis, oui,  
1168 de noter. Mais oui ça je leur dis « bah écoutez, parce que des fois au quotidien on ne se rend  
1169 pas forcément compte, donc dès que vous avez une grosse crise, et bah vous vous  
1170 demandez la veille ce que vous avez mangé pour essayer de repérer les aliments qui  
1171 pourraient générer ça ».

1172 AL : Et concernant le régime sans résidus, vous leur dites de le faire sur une durée donnée ?

1173 M6 : Non, je leur dis de ne pas faire quelque chose de trop strict parce que c'est compliqué à  
1174 appliquer, mais plutôt d'essayer de s'en inspirer, et de voir ce qui est possible ou pas dans  
1175 leur quotidien.

1176 AL : Et pour tout ce qui est prise en charge un peu psychologique de ces patients-là,  
1177 l'anxiété, c'est vous qui prenez en charge ?

1178 M6 : Alors je les prends beaucoup en charge, c'est à dire que les colopathes c'est des  
1179 consultations longues, il y en a souvent, je sais que ça va être une demi-heure voire plus.  
1180 Donc c'est des gens qui ont besoin de temps, mais qui ont besoin de ça, qui ont besoin de se  
1181 sentir écoutés. Puis des fois ils viennent et ils savent que je ne vais rien faire de plus, mais  
1182 juste pour parler donc moi je les prends en charge beaucoup pour l'écoute et leur donner  
1183 des conseils. Après ce sont des gens qui, de toute façon, là encore comme ils ne sont pas  
1184 contents du corps médical et qu'ils ne trouvent pas de réponse dans la médecine  
1185 conventionnelle, ce sont des gens, même si je ne leur propose pas, vont se tourner vers des  
1186 méthodes alternatives, donc tout ce qui est gestion du stress, et je ne suis pas du tout  
1187 opposée à ce genre de chose, qui peuvent être la psychologue, l'acupuncture, l'énergéticien,  
1188 la médecine chinoise ; tout ça pourquoi pas si ça peut les aider à gérer leur stress.

1189 AL : Et vos patients vous font quel retour de ces médecines alternatives ?

1190 M6 : Bah très positif parce que ce sont des gens qui les touchent, qui prennent le temps, et  
1191 qui les écoutent, et je pense que c'est ça dont les gens ont besoin ; c'est qu'on les écoute et  
1192 qu'on les entoure et ça, c'est ce que font très bien les médecines alternatives. Donc ne  
1193 serait-ce que pour cet aspect-là ils font du bien aux gens.

1194 AL : Oui. Du coup vos patients arrivent quand même avec des références, parce qu'ils sont  
1195 allés quand même regarder, notamment sur l'alimentation, les médecines alternatives ?

1196 M6 : Oui, sur l'alimentation, sur les forums. Beaucoup en parlent et disent « oui, je me suis  
1197 renseigné, certains pensent qu'il y a ça, certains autres ça ».

1198 AL : Et concernant les probiotiques ?

1199 M6 : Alors les probiotiques c'est très très à la mode. Pareil, ils se sont tous vus proposer des  
1200 probiotiques à la pharmacie. Alors pourquoi pas essayer. Alors au départ j'étais plutôt pour ;  
1201 mais maintenant je les prescris plus dans d'autres indications parce que les colopathes au  
1202 final ça ne leur fait rien du tout. Dans certaines indications, par exemple les mycoses à  
1203 répétition, ça peut donner de beaux résultats, mais chez les colopathes... Mais bon ils vont  
1204 en prendre parce qu'ils ont lu ou vu que ça pouvait être bien ; mais dans les pathologies  
1205 chroniques comme chez les colopathes, ça ne va pas avoir beaucoup d'efficacité. Enfin c'est  
1206 le retour qui m'est fait il me semble. Et puis ça coûte cher.

1207 AL : D'accord. Et vous donnez des anxiolytiques ou antidépresseurs à ces patients ?

1208 M6 : Alors, j'en donne quand... étant donné que les colopathes arrivent sur un terrain bien  
1209 particulier d'anxiété et que des fois on ne sait pas si c'est la dépression ou l'anxiété qui est  
1210 responsable des douleurs ou vraiment la colopathie fonctionnelle qui au bout d'un moment  
1211 engendre de l'anxiété. Alors bon je n'en donne pas systématiquement, mais ce sont des  
1212 patients chez qui proportionnellement, il y aura plus de prescription d'antidépresseurs et  
1213 d'anxiolytiques. Alors est-ce que c'est le moral qui est responsable des crises de colopathie

1214 ou est-ce que c'est parce qu'ils ont mal tout le temps qu'ils ne sont pas bien, je ne sais pas.  
1215 Après j'ai plein de colopathes qui n'ont pas d'anxiolytiques ni d'antidépresseurs. Mais si on  
1216 prend l'ensemble des patients non colopathes et l'ensemble des patients colopathes, en  
1217 moyenne, ceux qui sont colopathes ont plus de traitements anxiolytiques.

1218 AL : Oui. Et vous vous sentez à l'aise avec ce diagnostic ? Et pour la prise en charge après ?

1219 M6 : Bah, pas si à l'aise que ça, parce que je sens bien qu'il y a plein de choses qu'on ne  
1220 maîtrise pas par rapport à ça et que les gens on n'arrive pas trop à les soulager. Donc je me  
1221 dis qu'un jour on trouvera peut-être quelque chose pour les soulager, mais, non, je pense  
1222 qu'à chaque fois qu'on a des pathologies comme ça, pas très bien délimitées, qu'on ne  
1223 comprend pas très bien, on est un peu en difficulté parce qu'on aimerait les soulager. Puis  
1224 c'est quand même notre rôle de soulager les gens et que là, on s'aperçoit et ils s'aperçoivent  
1225 très bien aussi, qu'on n'arrive pas à les soulager. Donc peut-être qu'un jour, il y a des choses  
1226 qui nous échappent, et qu'on comprendra chez les colopathes. Mais oui ce sont des choses  
1227 qui me mettent en difficulté un petit peu quand même.

1228 Remerciements.

## 1229 **ENTRETIEN 7**

1230 Présentation du sujet de thèse.

1231 AL : Comment définiriez-vous les troubles fonctionnels intestinaux ou colopathies  
1232 fonctionnelles ?

1233 M7 : Alors, c'est un ensemble de symptômes plutôt de la sphère digestive, troubles  
1234 fonctionnels de la sphère digestive, donc douleurs abdominales, troubles du transit,  
1235 alternance diarrhées/constipation, un inconfort de transit, des ballonnements, des  
1236 problèmes de gaz comme disent les patients, ou aérophagie ; parfois ce sont des douleurs  
1237 épigastriques, des problèmes gastriques ; avec un état général qui est conservé. Voilà,  
1238 souvent on fait un diagnostic clinique, donc il n'y a pas besoin d'examen complémentaires,  
1239 et puis voilà. Quelle est la question suivante ?

1240 AL : Le diagnostic vous y arrivez donc en interrogeant les patients, puis en les examinant ?

1241 M7 : Oui l'examen clinique il n'y a pas grand-chose, c'est ça. Souvent on ne retrouve rien de  
1242 spécial à l'examen clinique. Parfois des douleurs un peu diffuses déclenchées par la  
1243 palpation, mais rien d'extraordinaire, rien de très localisé. La récurrence des symptômes  
1244 dans le temps aussi.

1245 AL : Avez-vous identifié un type de patient qui présente de genre de tableau digestif ?

1246 M7 : Alors, je suis installée depuis moins d'un an, je ne peux pas encore parler de ma  
1247 patientèle. Enfin voilà je suis trop jeune dans mon installation pour parler de ça, mais je  
1248 travaille depuis quelques années. Un type de patient, souvent on dit que les patients sont  
1249 des patients anxieux. Je pense que oui, il y a quand même un lien avec le terrain anxieux.

1250 AL : Est-ce que les patients que vous avez vus qui avaient des colopathies fonctionnelles se  
1251 plaignent d'autres symptômes fonctionnels en dehors de la sphère digestive ?

1252 M7 : Alors oui, j'essaie de penser à certains. Oui je pense à une femme âgée qui a aussi un  
1253 syndrome douloureux diffus un peu musculosquelettique, rachis, épaules. Après ce sont  
1254 aussi des patients qui présentent des troubles anxieux ou de l'émotion, de l'émotivité, mais  
1255 qui n'ont pas un nom de pathologie comme on l'apprend, des troubles du sommeil aussi.  
1256 AL : Et le diagnostic, c'est vous qui le posez et qui expliquez aux patients ?  
1257 M7 : Oui. Mais parfois on a besoin d'être rassuré en envoyant chez le gastroentérologue, en  
1258 fonction de l'âge, du terrain, du retentissement, de la demande du patient, des résultats de  
1259 prise de sang : par exemple s'il y a une petite anémie ou un syndrome inflammatoire, je vais  
1260 plus adresser à un gastroentérologue ; mais je n'ai pas eu trop besoin.  
1261 AL : Vous faites des bilans sanguins à ces patients-là, pour ça ?  
1262 M7 : En fait c'est rare que les patients ne viennent me voir que pour ça. Ah si j'ai eu deux  
1263 jeunes femmes dernièrement. Oui je fais des bilans sanguins, mais pas systématiquement ;  
1264 ça dépend si ça dure depuis six mois, que les traitements symptomatiques ne les améliorent  
1265 pas, que le patient est demandeur, là oui, selon mon feeling clinique, je peux plus  
1266 rapidement demander une prise de sang par exemple ou une échographie, mais pas trop  
1267 chez les jeunes.  
1268 AL : D'accord. Donc c'est plus un diagnostic clinique et laisser un peu de temps pour voir  
1269 comment ça évolue ?  
1270 M7 : Oui, je vois comment ça évolue avec un traitement symptomatique.  
1271 AL : Et vous donnez quoi comme traitement symptomatique ?  
1272 M7 : Moi, je donne Météospasmyl® qui je pense est un bon médicament par son  
1273 fonctionnement, après Spasfon®, trimébutine ; après il y a tout ce qui est siméticone,  
1274 Météoxane®, Carbosymag®. Mais je suis surtout Météospasmyl®.  
1275 AL : Et pour tout ce qui est en dehors des traitements médicamenteux et explications  
1276 données au patient, qu'est-ce que vous dites ?  
1277 M7 : J'essaie de parler des règles hygiénodiététiques, de discuter sur la nutrition. Ça dépend  
1278 s'ils sont constipés. Après je donne facilement des probiotiques même si mes compétences  
1279 sont limitées dans ce domaine, mais ça m'intéresse ; je crois que les connaissances  
1280 scientifiques restent limitées, mais si vous en avez plus à me dire ça m'intéresserait aussi.  
1281 Après comme conseils, selon le terrain psychologique je peux aussi conseiller la sophrologie  
1282 ou les techniques de relaxation. Mais j'essaie surtout de voir leurs habitudes de vie, de  
1283 nutrition, et puis comment ils éduquent leur colon pour aller aux toilettes : est-ce qu'ils  
1284 prennent leur temps pour aller à la selle, est-ce qu'ils y vont à heure régulière,  
1285 l'alimentation, les boissons : les règles hygiénodiététiques. Est-ce que je dois détailler ?  
1286 AL : Oui je veux bien.  
1287 M7 : Bah moi j'aimerais bien me former plus en nutrition, je trouve qu'on n'est pas très bien  
1288 formé en médecine générale, et c'est dommage. Donc je dis de boire un litre à un litre et  
1289 demi d'eau par jour, de favoriser les fibres, de faire attention à tout ce qui est sucres et  
1290 graisses, mais bon, c'est du B-A BA classique, je n'en sais pas beaucoup plus que ça. Et  
1291 d'ailleurs je suis embêtée pour les patients par exemple, qui ont des diverticules et autres et  
1292 qui me disent « mais non je ne peux pas manger ça » et du coup ils se retrouvent à ne pas

1293 savoir quoi manger, et là j'avoue que je me retrouve un peu bloquée parce que niveau  
1294 nutrition, je ne suis pas assez spécialisée.

1295 AL : Mais vous leur rappelez quand même les règles de base de la nutrition ?

1296 M7 : alors oui pas forcément la première fois, mais oui, ça dépend aussi du temps que j'ai.

1297 AL : Au niveau du transit et du passage à la selle, vous leur dites de prendre leur temps, d'y  
1298 aller à heures régulières donc c'est déjà bien.

1299 M7 : Oui après c'est aussi parce que j'ai lu aussi quelque chose sur l'énurésie récemment et  
1300 donc j'y pense, mais je pense qu'on n'est pas très bon en éducation thérapeutique. Enfin moi  
1301 je n'ai pas eu beaucoup de cours ni de connaissances là-dessus. Et on ne mange pas très bien  
1302 non plus nous. C'est aussi plus un problème de société, et un médecin généraliste comme ça  
1303 ne peut pas changer ça comme ça, alors que les gens sont pris dans un système alimentaire.

1304 AL : Oui c'est aussi pour ça que dans cette thèse on voulait voir le côté médical, mais aussi  
1305 tout l'à-côté de la prise en charge de ces troubles.

1306 M7 : Vous avez lu les recommandations ?

1307 AL : Oui. J'ai déjà lu des recommandations aussi.

1308 M7 : ah sur l'alimentation ?

1309 AL : Oui concernant l'alimentation il y l'INPES qui font des plans nutritionnels nationaux de  
1310 santé (PNNS), le dernier, je crois, doit dater de 2016 si je ne me trompe pas. Et donc là-  
1311 dessus pas mal.

1312 M7 : Et sur le côlon irritable ?

1313 AL : Il y a des recherches, des articles scientifiques, quelques fiches thérapeutiques, mais pas  
1314 de recommandations officielles des sociétés savantes. Il y a aussi des études qui sortent sur  
1315 certains régimes comme les pauvres en FODMAPS qui aurait des résultats positifs : ce sont  
1316 des classes d'aliments qui augmenteraient la production gazeuse des bactéries des intestins  
1317 ou qui modifieraient la flore intestinale.

1318 M7 : Mais on connaît la physiopathologie du syndrome du côlon irritable ?

1319 AL : Ce serait une perturbation des bactéries au niveau digestif, un déséquilibre de la flore  
1320 intestinale, soit une diminution de certaines populations de bactéries qui modifierait le  
1321 transit, la production de gaz, etc. Et ça arriverait soit après une période de stress, en post  
1322 infectieux, en post gastroentérite, en post traitement antibiotique.

1323 M7 : Ah ça correspond à ce que j'ai lu un peu.

1324 AL : D'ailleurs concernant les règles hygiéno-diététiques et l'alimentation est ce que vous leur  
1325 proposez des régimes ?

1326 M7 : Non, je ne m'y connais pas assez donc je n'en prescris pas. Je leur dis de faire du sport  
1327 plutôt.

1328 AL : Et vous les adressez à des diététiciens ou des nutritionnistes ?

1329 M7 : Alors non je n'en ai pas eu l'occasion. Parfois je leur propose d'aller voir l'ostéopathe  
1330 plutôt. Après quand je sens que mon patient a besoin de voir un diététicien je vais l'adresser,  
1331 mais plutôt pour des pathologies comme le diabète.

1332 AL : Est-ce que vous les adressez chez les allergologues à la recherche d'intolérances  
1333 alimentaires ?

1334 M7 : Je me pose la question, je me suis déjà posé la question, mais je n'ai pas adressé pour  
1335 ça. Mais j'avoue que l'allergologie c'est complexe et je pense qu'il y a beaucoup de délais.  
1336 Mais je suis allée à la formation avec le Dr Colas qui était passionnante d'ailleurs. Mais s'il y a  
1337 des patients qui viennent et qui me disent « j'ai mal au ventre, je me demande si ce n'est pas  
1338 une intolérance » j'aurais facilement tendance à les envoyer chez l'allergologue, car je suis  
1339 incompétente sur le sujet.

1340 AL : Vous leurs conseillez de faire des calendriers ou de noter ce qui leur donne mal ventre ?  
1341 M7 : Oui je leur dis de noter, mais je ne sais pas très bien mettre ça en place. Je ne sais pas  
1342 comment ça pourrait se présenter ni par quel aliment commencer. Donc bon pas vraiment.

1343 AL : Pour les patients anxieux, vous prescrivez des traitements ?  
1344 M7 : S'il y a un syndrome anxieux généralisé, je donne des anxiolytiques et des  
1345 antidépresseurs s'il y a lieu, à petite dose. Mais c'est rare que les troubles fonctionnels  
1346 intestinaux soient seuls, il y a souvent ces troubles anxieux associés.

1347 AL : Vous vous sentez à l'aise avec ces troubles et la prise en charge de ces patients ?  
1348 M7 : Alors, j'aimerais bien en savoir plus parce que comme au niveau de la physiopathologie  
1349 on ne sait pas trop, c'est compliqué d'expliquer au patient ce qu'il se passe. On peut les  
1350 rassurer en leur disant que c'est bénin, mais ils sont toujours aussi embêtés et les  
1351 médicaments ne fonctionnent pas forcément. Comme ce n'est pas grave, je ne suis pas non  
1352 plus mal à l'aise, mais j'aimerais oui avoir plus de conseils.

1353 AL : Les patients qui viennent vous voir pour ça, vous disent-ils qu'ils sont allés voir d'autres  
1354 médecins pour le même motif ?  
1355 M7 : Ah oui, ça peut arriver oui. Dernièrement, j'ai eu une personne qui est venue me voir,  
1356 car elle voulait un deuxième avis. Elle avait eu au moins trois crises de douleurs abdominales  
1357 depuis six mois, elle m'a dit que son médecin lui avait dit que c'était une gastroentérite et  
1358 elle voulait un deuxième avis. Et puis sinon certains m'ont déjà dit qu'ils étaient allés voir un  
1359 acupuncteur. Oui je leur demande.

1360 AL : Vous en voyez souvent des patients avec ces plaintes digestives ?  
1361 M7 : Pas tant que ça dernièrement. J'avais l'impression que c'était plus important il y a un an  
1362 ou deux. Après c'est biaisé, je viens de m'installer, je fais beaucoup de gynécologie et de  
1363 pédiatrie donc je n'en vois pas tant que ça.

1364 AL : En temps de consultation environ ?  
1365 M7 : Peut-être un peu plus long. Je pense à une patiente que j'ai vue récemment qui a une  
1366 constipation chronique et qui me dit « mais il n'y a rien qui marche, docteur trouvez-moi  
1367 absolument quelque chose », les patients en demande et un peu en colère contre la  
1368 médecine traditionnelle, et comme ils viennent pour la première fois ils pensent que je vais  
1369 avoir la solution, alors que pas forcément. Donc c'est au moins 20 minutes (mon temps de  
1370 consultation normale).

1371 Remerciements.

1372 **ENTRETIEN 8**

1373 Présentation du sujet de thèse.

1374 AL : Bonjour, comment définiriez-vous les troubles fonctionnels intestinaux ?

1375 M8 : Je vais dire un peu comme Claire Brétécher « ça y est, j'ai re-mal », c'est un peu ça en  
1376 fait. Ou alors ce sont des gens qui se plaignent de douleurs abdominales permanentes, ou  
1377 transitoires, qui reviennent et qui repartent, on ne sait jamais d'où ça vient, quelle est la  
1378 cause, quelle est l'origine, on ne trouve jamais rien ; enfin moi c'est ce que je vois dans les  
1379 troubles fonctionnels. Ce sont des choses qui ne sont pas claires, on ne sait pas d'où ça vient,  
1380 on ne sait pas à quoi c'est dû, et puis on ne trouve pas forcément grand-chose sur le plan  
1381 organique.

1382 AL : Ce sont des patients jeunes ? Âgés ?

1383 M8 : Ce sont plutôt des patients, je dirais, plutôt l'âge adulte, dans la phase d'activités  
1384 professionnelles.

1385 AL : Et à l'examen clinique ?

1386 M8 : Alors l'examen clinique, c'est souvent pauvre. On peut trouver une sensibilité au niveau  
1387 du cadre colique, on retrouve éventuellement un ballonnement, on retrouve des choses,  
1388 donc c'est vrai qu'il y a des manifestations qui sont objectives puisqu'on les palpe ; quand on  
1389 tape, on a bien un tympanisme, des choses comme ça. On n'a pas forcément des troubles  
1390 type diarrhées, constipation ; enfin on peut en avoir, mais ce n'est systématique. Mais à  
1391 l'examen clinique, on a l'impression qu'il y a quelque chose qui existe. Bon, et c'est ce qui  
1392 nous amène à faire des examens d'ailleurs, puis après on ne trouve rien donc on pense que  
1393 c'est fonctionnel parce qu'on n'a rien trouvé sur le plan organique ; mais en fait c'est un  
1394 diagnostic d'élimination, souvent.

1395 AL : Et en examens complémentaires que faites-vous ?

1396 M8 : Bah examens complémentaires, j'essaie de savoir s'il y a éventuellement un problème  
1397 digestif réel donc je recherche du côté hépatique, pancréatique ; une analyse de selles si le  
1398 patient a des diarrhées pour vérifier qu'il n'y a pas un germe qui se balade ou une mycose,  
1399 ou une candidose ou des choses comme ça ; enfin c'est en fonction des symptômes. S'il y a  
1400 des symptômes plutôt d'origine gastrique on va essayer de faire une fibroscopie pour voir si  
1401 ça peut expliquer les spasmes qu'il pourrait y avoir, et puis voilà, donc au niveau biologie  
1402 c'est tout ce qui concerne un syndrome inflammatoire, ou infectieux éventuellement, et puis  
1403 surtout biologique fonctionnel c'est-à-dire hépatique, pancréatique, des choses qui  
1404 pourraient donner des troubles comme ça. Je vois ça comme ça.

1405 AL : Et thyroïdien aussi ?

1406 M8 : Alors la thyroïde, je ne demande pas systématiquement, enfin peut-être pas d'emblée.  
1407 C'est un petit peu en fonction. La thyroïde peut donner des trucs comme ça, mais souvent on  
1408 a d'autres signes quand même : quelqu'un qui est hyperthyroïdien avec des diarrhées, on  
1409 retrouve un tremblement, on a un pouls qui bat à cent par minute, la personne a maigri, elle  
1410 a les yeux creux, enfin voilà ; ou l'inverse on peut retrouver des signes de constipation avec  
1411 production de gaz, mais on a aussi des symptômes, ils disent qu'ils ont froid, il y a des la

1412 frilosité, un ralentissement psychomoteur. Donc voilà il y a d'autres signes donc je ne le fais  
1413 pas d'emblée l'examen thyroïdien, mais plutôt en deuxième intention.

1414 AL : Et tout ce qui est immunoglobulines, anticorps ?

1415 M8 : Bah non pas spécifiquement, pas d'emblée. Quoique souvent quand je demande un  
1416 bilan, je demande l'électrophorèse des protéines. Oui, si souvent je rajoute, dans le  
1417 syndrome inflammatoire je regarde ce qu'il y a, pour voir s'il n'y pas des gammaglobulines  
1418 dans les choux ou des hyper-alpha pour recherche un syndrome inflammatoire ; ou une  
1419 maladie de Crohn où on retrouve des alpha 2 augmentées, enfin je suppose.

1420 AL : Et au niveau imagerie ?

1421 M8 : Alors imagerie, l'échographie abdominale, alors quand on est dans le cadre d'un bilan  
1422 d'explications, oui on fait une échographie, mais là aussi c'est plutôt en deuxième intention.  
1423 Moi quand j'ai un doute sur une histoire fonctionnelle, je me dis bon « on va d'abord  
1424 transiger, essayer de voir d'abord un petit traitement, on fait des examens simples pour voir  
1425 s'ils n'ont pas quelque chose d'évident qu'on n'aurait pas vu, et puis si vraiment ça perdure et  
1426 qu'on ne voit rien, à ce moment-là échographie voire coloscopie. » Enfin voilà on passe à la  
1427 vitesse supérieure. Je fais très rarement des examens en première intention, j'attends  
1428 toujours de voir un peu comme ça se passe, comment ça évolue. Très souvent quand c'est  
1429 fonctionnel, il suffit que le temps change un peu, que l'engueulade avec la belle-mère se soit  
1430 passée et puis c'est bon. C'est pour ça que je me méfie un peu.

1431 AL : Et au moment des crises, les patients qui viennent vous voir pour ça, avez-vous  
1432 remarqué un profil de patient ?

1433 M8 : On retrouve quand même des personnalités un peu identiques, des gens un petit peu  
1434 stressés, un petit peu angoissés, un petit peu toujours sur la défensive, pas forcément  
1435 spécialement sereins quoi. Quelqu'un qui est vraiment calme et tranquille il n'a pas de  
1436 problèmes digestifs, c'est rare. Maintenant, à la limite, je dirais que quelqu'un qui a des  
1437 troubles digestifs, le fait d'être stressé ne fait qu'aggraver le problème, ou même peut-être le  
1438 créer, mais ça on ne sait pas. Je pense que le profil de la personne qui a une colopathie c'est  
1439 vraiment quelqu'un qui est tendu, stressé. Je pense qu'il y a vraiment un lien avec le stress.

1440 AL : Et au niveau des traitements ?

1441 M8 : Moi, j'essaie en général, au début quand ils viennent me voir et que le bilan n'est pas  
1442 fait, ils partent avec une ordonnance qui va agir peut-être davantage sur les spasmes de  
1443 l'intestin, sur éventuellement, s'il y a des diarrhées c'est un peu symptomatique, essayer de  
1444 calmer la diarrhée par des choses du genre Smecta®, des choses comme ça, du Spasfon® s'il y  
1445 a des douleurs, peut-être du Dicétel® s'il y a des ballonnements ou de la trimébutine enfin  
1446 tous les produits à visée antispasmodiques, etc.. Alors musculo-tropes, pas musculo-tropes,  
1447 j'essaie un petit peu en fonction des symptômes. Je mets ça d'abord. Après si vraiment il y a  
1448 un symptôme particulier qui rentre dans le cadre d'une pathologie, mais que finalement on  
1449 ne trouve rien, je vais dire après tout « est-ce qu'il n'y a pas un problème de microbiote ? »,  
1450 et à ce moment-là je vais commencer à regarder des probiotiques avec des produits comme  
1451 Smebiocta® ou Alforex® et je vais essayer ça pour voir. J'ai une patiente à qui j'ai mis Alforex®,  
1452 il y a eu un petit mieux, comme elle a une maladie de Crohn en plus, on a essayé pour voir ce

1453 que ça donne, mais ce n'est peut-être pas suffisant parce que le microbiote est tellement  
1454 vaste ce n'est peut-être pas le bon truc. Mais là elle a une pathologie. Mais pour les gens qui  
1455 ont des choses simples c'est vrai que l'association Pinaverium plus Smebiocta c'est peut-être  
1456 intéressant, peut-être que ça limite un peu en partie les symptômes. Alors ça et puis aussi  
1457 peut-être un petit peu d'anxiolytiques ou une psychothérapie à mettre en place ou aussi le  
1458 fait d'écouter la personne parfois elle va beaucoup mieux.

1459 AL : Est-ce que vous travaillez avec des psychothérapeutes ou des sophrologues ?

1460 M8 : Alors moi j'aime bien tout ce qui est relaxation, je travaille avec un en particulier qui fait  
1461 de la relaxation méthode Schultz et je trouve que ce n'est pas mal. Il est génial pour tout ce  
1462 qui est migraine, colopathie je trouve que ça aide pas mal. Les gens apprennent à se relâcher,  
1463 à se détendre et puis contrôlent un peu leurs réactions. Alors la sophrologie en tant que telle  
1464 non pas spécialement. Je préfère la relaxation, car c'est une méthode que tu apprends, tu  
1465 apprends les exercices et tu peux le reproduire quand tu veux, tu n'as besoin de personne, et  
1466 là tu rends les gens autonomes et le but c'est de rendre les gens autonomes. On n'a pas  
1467 besoin d'un « gourou » qui va nous raconter ceci ou cela.

1468 AL : Les anxiolytiques c'est plus pour les patients au terrain anxieux ?

1469 M8 : oui c'est quand je me rends compte qu'il y a une grosse part d'anxiété et on va essayer  
1470 de calmer un petit peu le jeu avec des choses simples. Le Stresam® ça peut suffire, et des fois  
1471 ils trouvent eux-mêmes des trucs tout simples avec des plantes types valériane, enfin tout ce  
1472 qu'on veut. Le principal c'est que ça marche. Et puis après le fait d'avoir été écouté, le fait  
1473 d'avoir été entendu, d'avoir été pris en compte déjà ça limite un peu les dégâts, et puis  
1474 deuxièmement on peut essayer les traitements simples et puis si ça ne marche pas bah on  
1475 monte crescendo. Je commence toujours petit parce que partir tout de suite à médicaliser un  
1476 problème qui est fonctionnel, on va arriver très vite dans les psychotropes.

1477 AL : Et en spécialistes c'est plutôt gastroentérologue du coup ?

1478 M8 : Oui plutôt gastroentérologue à moins qu'il y ait un problème psy et dans ce cas c'est  
1479 plutôt psychologue ou psychothérapeute voire le psychiatre, mais le psychologue ce n'est pas  
1480 remboursé alors je tique un peu donc c'est plutôt psychiatre, mais encore faut-il trouver des  
1481 gens acceptent de gérer ça. Alors j'en envoie quand c'est vraiment un début, mais j'essaie  
1482 plutôt de voir ça au cabinet d'abord avec de l'écoute. Pour un médecin l'écoute c'est  
1483 indispensable et parfois les gens viennent juste pour ça. S'ils venaient chercher des  
1484 médicaments, ils iraient voir ailleurs.

1485 AL : Au niveau alimentaire, donnez-vous des conseils ?

1486 M8 : Moi, en général, je dis aux gens « n'oubliez pas que vous êtes des omnivores donc pas  
1487 de restriction et mangez de tout. » Si vous ne mangez que de la salade, vous allez vous  
1488 retrouver avec des diarrhées ; si vous ne mangez que du pain, ce n'est pas forcément mieux ;  
1489 si vous ne mangez que de la viande, ça va être encore autre chose. C'est un mélange, on doit  
1490 manger de tout, de tout, de tout. À moins d'avoir une grosse grosse irritation colique, à ce  
1491 moment-là ok, on va faire un régime d'exclusion momentanément pour éviter de l'irriter,  
1492 mais même là il n'y a pas forcément besoin : dans les diverticulites par exemple on ne fait  
1493 plus de régime. Donc moi je leur dis « bon vous mangez de tout, il faut mâcher, prendre son

1494 temps puis ça ira », il faut éviter les produits trop agressifs bien sûr, tout ce qui est trop acide,  
1495 c'est peut-être à éviter ; si on ne mange que des haricots verts on va avoir des diarrhées ce  
1496 n'est pas terrible. Bon après c'est une question de bon sens, mais j'ai remarqué que les gens à  
1497 qui on avait donné des régimes très très sérieux, je me disais, mais ce n'est pas vrai, ils ne  
1498 pouvaient plus rien manger. Je leur disais bon on va changer et vous allez reprendre votre  
1499 alimentation, et si vous avez des diarrhées on va compenser pas des petits moyens locaux et  
1500 en fait progressivement tout s'est remis dans l'ordre, ils ont refait leur flore différemment.

1501 AL : D'accord, il y a aussi des études sur les régimes pauvres en FODMAPS pour les troubles  
1502 fonctionnels intestinaux.

1503 M8 : Ah, je ne sais pas, mais je suis très dubitatif sur les notions de mode. Alors les études  
1504 c'est intéressant à voir, mais enfin après on va s'apercevoir que oui, mais l'étude est faussée  
1505 parce qu'il y a eu telle tune ou tel machin, puis on va revenir en arrière. Alors moi j'avoue  
1506 que je pars du principe ou je suis les deux pieds sur terre, on est des omnivores et on mange  
1507 de tout, après il s'agit aussi de ne pas faire d'excès. Alors bon supprimer des trucs et des  
1508 machins, éviter les produits transformés dans lesquels on met pleins de cochonneries parce  
1509 que ça question intestinal je ne comprends pas, il vaut mieux faire sa bouffe et on se portera  
1510 beaucoup mieux. Tu vois je ne connais même pas ces régimes. Tous les gens qui ne  
1511 supportent pas le lactose, qui ne supportent pas le gluten ; alors là le gluten... C'est une  
1512 mode qui continue. Mais c'est marrant parce que j'ai trouvé que c'était même, je dirais qu'il y  
1513 a une orientation presque religieuse dans l'histoire, et notamment chez les gens un peu  
1514 branchés catholiques ; alors là on retrouve l'intolérance au gluten et puis toute la  
1515 pharmacopée de Saint Hildegarde ; et les végan c'est plutôt les New Age. Alors Sainte  
1516 Hildegarde c'était une moniale qui répertorie toutes les plantes médicinales en fonction de  
1517 ce qu'elles font, et euh comme ils pensent que ce n'est pas traité, que c'est mieux. Donc  
1518 Sainte Hildegarde et puis le pain sans gluten, l'épeautre, la farine à l'épeautre, alors ça ils  
1519 sont tous... Je ne sais pas si c'est un lien entre apôtre et épeautre ça doit leur dire quelque  
1520 chose, d'ailleurs on se dit à chaque fois « tiens, eux ils sont catholiques », je leur pose la  
1521 question directement et c'est ça. Ils ont appris ça dans une retraite quelque part ; et il y a des  
1522 gens, j'ai même vu un truc extraordinaire, une communauté, les renouveaux charismatiques,  
1523 les trucs un peu particuliers, et bah il y a des gens qui développaient beaucoup la méthode  
1524 de Vittoz. J'en ai beaucoup entendu parler, les gens ne vivaient que grâce à ça « Vittoz c'était  
1525 extraordinaire », il ne fallait pas de médicaments, enfin spécial.

1526 AL : Et du coup vous préconisez de faire des calendriers nutritionnels non plus ?

1527 M8 : Non c'est vrai que je ne le fais pas trop. Mais peut-être que ça serait une bonne idée. Ça  
1528 pourrait être pas mal, mais le problème c'est que quand on commence là on en a pour trois  
1529 heures : « alors tel jour j'ai mangé ça, ah non ce n'était pas ce jour-là, c'était tel autre jour »,  
1530 « puis qu'est-ce que j'avais mangé ce jour-là, je ne me souviens plus », donc bon j'avoue que  
1531 j'ai un peu de mal.

1532 AL : Et les patients sont plutôt des hommes ou des femmes qui consultent pour les troubles  
1533 fonctionnels ?

1534 M8 : Des femmes.

1535 AL : Et elles, et les patients en général, acceptent-ils bien le diagnostic ?  
1536 M8 : Bah la colopathie fonctionnelle, quand on leur explique ce que c'est et pourquoi ; quand  
1537 on leur dit « votre ventre, quand vous n'allez pas bien il y a quelque chose qui ne fonctionne  
1538 pas bien, bah votre c'est un signal d'alerte qui vous dit attention tu ne vas pas bien, je ne vais  
1539 pas bien et je te le dis ». Comme les gens qui ont des migraines, les gens qui ont des  
1540 céphalées de tension, des gens qui ont des douleurs, qui en ont plein le dos, mal partout  
1541 avec des lombalgies, des cervicalgies, il y a le syndrome d'Atlas ; tous ces symptômes-là c'est  
1542 beaucoup de psychosomatique. Je crois qu'ils l'entendent parce qu'ils savent qu'on vit dans  
1543 des mondes un peu difficiles ; on a des situations qui sont quand même pour certains un peu  
1544 compliquées ; donc c'est vrai que pour eux c'est fatigant. Mais ils entendent, je crois que  
1545 quand ils ont fait le tour et qu'ils ont vu dix personnes ils finissent par se dire « au fond c'est  
1546 peut-être ça ». Bon, de toute façon ça ne s'annonce pas comme ça, ça se prépare, on  
1547 annonce au fur et à mesure, puis on dit « on a fait tous les examens, on regarde, on a  
1548 cherché, on n'a rien trouvé de particulier, on peut peut-être se demander si ce n'est pas en  
1549 rapport avec une certaine excitation, un problème, une fatigue, ou un trouble relationnel ou  
1550 des choses comme ça ». Et puis c'est aussi de chercher avec eux pour qu'ils se rendent  
1551 compte. Je crois que c'est ça qui compte. Les gens ont besoin de ça, avant tout c'est de sentir  
1552 qu'on les écoute, et qu'on a pris en compte leurs problèmes et déjà rien que ça, ça aide.  
1553 Même si on n'a pas tout résolu, au moins le fait de mettre un nom sur quelque chose ; c'est  
1554 comme quand quelqu'un a mal, moi très souvent je vois ça, des gens qui ont des douleurs,  
1555 quand on leur explique d'où vient leur douleur et pourquoi, la douleur déjà diminue en  
1556 intensité, on n'a rien fait de plus, mais au moins on a mis un mot que quelque chose qui est  
1557 désagréable, parce qu'il y a la crainte, il y a l'appréhension, donc automatiquement quand on  
1558 ne sait pas, tout prend des proportions énormes. Du jour où on sait, ça relativise et on arrive  
1559 à se raisonner. C'est pareil dans les troubles intestinaux, on me dit « j'ai un cancer », et je dis  
1560 « oui, sûrement des boyaux de la tête sans doute » en rigolant, c'est Coluche, enfin je ne leur  
1561 dis pas comme ça.

1562 AL : Et les patients arrivent avec des références ?

1563 M8 : Oh il y en aura toujours, mais ça je dirais qu'à la limite, celui qui va sur Internet je me  
1564 méfie un peu parce que visiblement il est doit être un peu obsessionnel dans un domaine  
1565 donc ça peut correspondre, ça oriente je dirais presque vers le diagnostic. Celui qui est allé  
1566 fouiner à droite et gauche et se disant « mais qu'est-ce qui m'arrive, qu'est-ce que j'ai », bon  
1567 on peut se demander si éventuellement il n'est pas un petit peu obsessionnel sur le sujet, s'il  
1568 n'est pas un petit peu coincé sur cette idée-là et c'est quelqu'un qui a de toute façon un  
1569 trouble psychologique face à ça. C'est un signe d'orientation pour être honnête.

1570 AL : Et êtes-vous à l'aise avec le diagnostic et la prise en charge ?

1571 M8 : Bah on fait comme on peut, je veux dire. Après tout ce n'est pas toujours faisable. Ils  
1572 savent de toute façon que ce n'est pas quelque chose d'évident, ils ont déjà vu un  
1573 gastroentérologue, deux gastroentérologues, peut-être même trois ou quatre, ils ont tous dit  
1574 la même chose. Bon par contre quand ce n'est pas encore diagnostiqué, je ne me permettrais  
1575 pas de dire « c'est là-haut que ça se passe » tant qu'on n'a pas tout vérifié. Comme dirait un

1576 Professeur de médecine interne « plus j'avance en médecine, plus il y a une seule chose dont  
1577 je suis sûr, c'est comment je m'appelle », c'est une façon de dire qu'il faut y aller doucement  
1578 quand on annonce, on ne sait jamais ce qu'il peut se passer, on peut être persuadé de  
1579 quelque chose et ce n'est pas la réalité, donc il faut toujours être très prudent. Toujours  
1580 annoncer les choses quand on est sûr de ce qu'on avance. On fait une médecine par les  
1581 preuves. Bon la preuve c'est quatre-vingt-dix, quatre-vingts pour cent. Si c'est en dessous on  
1582 se dit « on ne sait pas trop ». Donc ils savent bien qu'on avance avec eux, on cherche, et puis  
1583 on avance comme ça. Je pense que la demande des gens surtout quand ils ont ça, c'est qu'on  
1584 leur explique notre démarche déjà, qu'on leur dise ce qu'on fait et qu'on fait ce qu'on leur  
1585 dit. Bon parfois ça m'arrive de dire « je ne sais pas, mais on va chercher », puis « on va  
1586 organiser ça et on se revoit pour en discuter » ou, « on va essayer des traitements pour ça et  
1587 on en reparle », parce qu'il y a des choses qui changent ; alors est-ce que c'est le traitement,  
1588 est-ce que c'est le mode de vie qui a changé, est-ce que c'est la relation entre les uns et les  
1589 autres, ou les problèmes conjugaux ou familiaux qui s'arrangent ou de boulot ; enfin c'est à  
1590 rechercher, car on ne peut pas dire comme ça, il faut rester très humble sur le sujet.

1591 AL : Les consultations durent environ combien de temps ?

1592 M8 : Oui, c'est un peu chronophage. Si on veut vraiment bien faire le boulot c'est forcément  
1593 chronophage parce qu'il faut expliquer, il faut convaincre, et ça c'est long. Puis bon on ne  
1594 peut pas dire « bon bah écoutez, c'est fini » au bout de quinze ou vingt minutes parce que  
1595 c'est juste au moment où ils vont partir où ils vont nous larguer une nouvelle qu'ils ont  
1596 gardée dans la gorge depuis je ne sais pas combien de temps. Donc bon c'est comme ça.

1597 Remerciements.

## 1598 **ENTRETIEN 9**

1599 Présentation du sujet de thèse.

1600 AL : Bonjour, comment définiriez-vous les troubles fonctionnels intestinaux ?

1601 M9 : Je dirais que ce sont des plaintes récurrentes, des douleurs abdominales diffuses avec  
1602 souvent des ballonnements, un météorisme abdominal, des difficultés à la digestion et des  
1603 troubles du transit avec des selles molles et un transit accéléré, et puis parfois rattaché à une  
1604 cause de stress, parfois les gens le disent eux-mêmes. Comment je pose le diagnostic c'est  
1605 ça ?

1606 AL : Oui.

1607 M9 : Parfois on va avoir un ventre douloureux à l'examen, un peu sensible dans l'ensemble  
1608 sans systématisation, des borborygmes parfois à l'examen un peu augmentés. Puis un  
1609 historique ancien de douleurs répétées, sous réserve de coloscopie précédente. Et à  
1610 l'interrogatoire on élimine tout ce qui est cancer, maladie inflammatoire. Car ça peut se  
1611 déclarer tard aussi, j'ai eu le cas de deux patients qui ont déclaré une maladie cœliaque à  
1612 trente-neuf ans avec perte de poids, diarrhées et c'était ça.

1613 AL : Vous les envoyez systématiquement voir un gastroentérologue ?

1614 M9 : Oui, mais ça dépend si l'histoire est très ancienne et que ça a déjà été fait non,  
1615 évidemment ça a déjà été fait. Si ça n'a pas été fait, il y a des questions qui vont me  
1616 permettre de chercher d'autres diagnostics, des MICI chez les plus jeunes, quelque chose de  
1617 très récent chez quelqu'un de plus âgé, on va se méfier, mais pas forcément très âgé, donc la  
1618 coloscopie elle va être un peu liée à du feeling aussi. En général une colopathie on la  
1619 diagnostique aussi parce qu'il y a une négativité des autres résultats.

1620 AL : Et en dehors de la coloscopie, faites-vous d'autres examens ?

1621 M9 : Très rarement. L'échographie abdominale ça peut arriver pas sur l'intestin, mais pour  
1622 éliminer autre chose ; la prise de sang là-dessus non, l'analyse d'urine non, pas en  
1623 systématique. Il n'y a pas d'examen systématique pour moi. L'échographie peut-être une fois  
1624 pour explorer sur le plan gynécologique chez les femmes, chez les hommes aussi pour aller  
1625 voir les reins, le foie, le pancréas aussi on se méfie, mais ça va plutôt être sur quelque chose  
1626 de nouveau. Et puis les prélèvements bactériologiques des matières rarement.

1627 AL : Vous avez remarqué si c'était plus des hommes ou des femmes qui se plaignaient de ces  
1628 troubles ?

1629 M9 : Je ne sais pas du tout le pourcentage, je dirais cinquante/cinquante, mais avec peut-être  
1630 une prédominance masculine. Les femmes vont peut-être en parler, mais différemment,  
1631 peut-être être moins plaintives, elles vont moins consulter pour ça. Est-ce que c'est lié à  
1632 l'histoire gynécologique des femmes avec déjà des troubles que les hommes ne connaissent  
1633 pas du tout, et que du coup il y a déjà chez les femmes une sensibilisation aux variations  
1634 d'humeur du ventre, des choses comme ça. Mais j'ai plus à l'esprit immédiat des hommes  
1635 chez qui le diagnostic est posé et avec un tableau anxieux sous-jacent ; avec des tableaux  
1636 plus intenses du coup.

1637 AL : Et ce sont souvent des patients anxieux ?

1638 M9 : La pour le coup oui, c'est ce qui me vient à l'esprit tout de suite.

1639 AL : Et est-ce qu'ils se plaignent d'autres choses ?

1640 M9 : Ah non ils sont plutôt focalisés là-dessus et même l'anxiété ne va pas forcément être  
1641 reconnue.

1642 Coupure téléphonique.

1643 M9 : Alors est-ce qu'ils vont se plaindre d'autres choses ? Alors les hommes auxquels je  
1644 pense vont principalement parler de leur ventre avec un tableau anxieux visible pour nous  
1645 médecins, mais non reconnu par le patient. Après pour les femmes, je pense qu'elles vont  
1646 mieux comprendre le diagnostic et donc mieux l'intégrer à leur vie, après ça dépend de  
1647 comment nous on le transmet aussi. Je constate que l'échange que j'ai avec les patients en  
1648 général se passe bien pour la compréhension. Après je pense à une dame qui gère plus ou  
1649 moins, mais qui peut avoir parfois très mal au ventre et qui est très anxieuse, comme un  
1650 homme, et elle n'arrive pas à dépasser ça.

1651 AL : Et comment leur expliquez-vous le diagnostic ?

1652 M9 : Alors, bah une fois qu'on a cerné les choses, parfois avec une coloscopie négative qui  
1653 élimine une autre pathologie intestinale, ça les rassure déjà. Si on a une suspicion clinique  
1654 très très forte, du fait de l'histoire, etc., bon bah du coup on leur donne le diagnostic « vous

1655 avez un côlon irritable » ou une « colopathie fonctionnelle » et on explique ce que ça veut  
1656 dire ; et du coup il faut « gérer les gaz », il faut « comprendre que ce vous avez n'est pas  
1657 grave, vous pouvez voir très très mal au ventre, comme d'autres personnes qui vont moins le  
1658 ressentir que vous », « vous souffrez, mais il faut apprendre à faire avec et cette douleur ne  
1659 doit pas vous inquiéter », « la douleur peut être très intense parfois, et on va trouver le  
1660 traitement qui va vous correspondre, parfois ça fonctionnera et d'autres fois non », et « vous  
1661 n'avez rien de grave », et puis parfois s'il faut du paroxétine qu'on peut donner de temps en  
1662 temps pour ça, c'est très rare que j'en prescrive, mais je pense à deux histoires d'hommes  
1663 justement qui ont été soulagés en clamant le tableau anxieux finalement et du coup ça s'est  
1664 apaisé ; tout ce poids au ventre, cette pesanteur, ce froid, ces gaz, la difficulté à la digestion.  
1665 Bon évidemment il faut vérifier qu'il n'y a pas de constipation. Donc voilà leur présenter en  
1666 expliquant, j'essaie de dire aux patients ce qu'ils ont pour qu'ils le comprennent et qu'ils  
1667 puissent gérer leurs problèmes après.

1668 AL : Au niveau des traitements médicamenteux ?

1669 M9 : Alors la paroxétine c'est exceptionnel quand il y a un gros tableau anxieux, je n'ai que  
1670 deux patients en tête et qui se présentaient uniquement avec ce tableau-là. Après le  
1671 paracétamol je le prescris pour ça quand même, c'est un antalgique standard, mais qui agit  
1672 aussi sur les maux de ventre, le Spasfon® ce n'est quand même pas très très puissant, le  
1673 Débridat® ça marche un peu, puis après il y a le Duspatalin®, le Météospasmyl® aussi ça  
1674 marche bien, le Carbosymag® aussi parfois, mais il y a deux gélules à prendre donc c'est un  
1675 peu plus lourd, le Météoxane® qui n'est plus remboursé que je donne aussi parfois ; on  
1676 tourne un peu sur les produits chez certaines personnes. Et puis il faut réguler le transit  
1677 aussi, parfois quand c'est un problème de transit il faut agir là-dessus. Mais actuellement le  
1678 Météospasmyl® est une prescription qui revient assez souvent. Enfin voilà, c'est en fonction  
1679 du patient aussi. Puis aussi la bouillotte quand ils ont des douleurs plus fortes, enfin tout  
1680 dépend du tableau.

1681 AL : Et est-ce que vous leur préconisez des probiotiques ?

1682 M9 : Non. S'ils prennent, je dis oui, mais je ne suis pas prescripteur.

1683 AL : Au niveau de l'alimentation, vous leur donnez des conseils ?

1684 M9 : Je préconise de ne rien supprimer. Après oui, il peut y avoir des conseils un peu plus  
1685 ciblés. Si ça me paraît un petit peu complexe au niveau alimentaire, je les envoie chez le  
1686 gastroentérologue pour demander quand même un avis spécialisé, pour savoir s'il va doser  
1687 des anticorps ou pas et si on va aller justement vers une coloscopie voire une fibroscopie  
1688 gastrique éventuellement. Si ça me paraît complexe, c'est que les gens partent dans un  
1689 tableau très très lié à l'alimentation, à une cause alimentaire, en général je passe la main ;  
1690 peut-être par manque de pratique de ce côté-là ou si je sens qu'il y a quelque chose qui ne  
1691 va pas passer sur la confiance avec le patient ou que j'ai un doute alors je demande un avis,  
1692 sans doute dans l'idée de le négativer.

1693 AL : Et par exemple, justement si vous pensez à une intolérance alimentaire est-ce que vous  
1694 envoyez chez un allergologue ?

1695 M9 : Alors je compte sur le gastroentérologue pour réorienter le patient, mais en expliquant  
1696 au patient qu'il va avoir un parcours de soins qui va l'orienter. Autant un dermatologue,  
1697 parfois il y a des patients qui me demande un courrier pour aller en voir un pour un eczéma,  
1698 et là je leur dis qu'il vaut mieux aller voir un allergologue dans un premier temps pour  
1699 l'eczéma de contact par exemple, car le dermatologue va souvent les envoyer derrière chez  
1700 un allergologue. Voilà après pour les troubles fonctionnels intestinaux je préfère avoir l'avis  
1701 du gastroentérologue d'abord, mais l'allergologue après tout oui va orienter le diagnostic  
1702 aussi de toute façon. Mais j'ai cette habitude, c'est vrai, peut-être qu'il faut que j'y repense.

1703 AL : Du coup pour ce qui est alimentaire c'est plutôt le gastroentérologue qui va gérer tout ce  
1704 qui est conseils diététiques ?

1705 M9 : Je vais donner deux ou trois conseils, mais après si les gens sont perdus : « j'ai arrêté le  
1706 gluten, j'ai arrêté le lait, les produits laitiers, le fromage » ; bon si c'est trop complexe je  
1707 demande l'avis à quelqu'un d'autre après avoir fait une grosse part de travail d'approche,  
1708 d'accompagnement et après je demande l'avis spécialisé. Je compte sur le spécialiste pour  
1709 être spécialiste, c'est-à-dire répondre à une question, parce qu'en général, les collègues  
1710 spécialistes vont souvent être très techniciens et moins prendre le temps d'aborder la  
1711 personne dans son ensemble. Enfin moi je me vois comme ça dans mon travail.

1712 AL : Et vous leur recommandez de faire calendriers nutritionnels quand vous pensez à un  
1713 problème avec l'alimentation ?

1714 M9 : Ça peut arriver, mais c'est rare. C'est peut-être parce que certaines personnes me l'ont  
1715 un petit peu suggéré dans leur présentation d'observations et dans ce cas là oui pour valider  
1716 leurs observations, et ça rapporte quelque chose de beaucoup plus précis c'est sûr.

1717 AL : Et pour tout ce qui est hypnose, sophrologie, acupuncture, etc.

1718 M9 : Alors ça oui, tout ce qui est technique de relaxation ; si les gens n'arrivent pas bien à  
1719 intégrer la relation entre soit des douleurs qui causent des troubles anxieux, soit une anxiété  
1720 sous-jacente ; là oui. J'ai beaucoup recours au psychologue en général, mais parfois  
1721 uniquement une technique de relaxation. Ça va dépendre de la sensibilité de la personne,  
1722 mais oui ça fait partie de l'arsenal thérapeutique.

1723 AL : Du coup c'est souvent vous qui expliquez au patient après les examens auprès du  
1724 gastroentérologue et vous êtes à l'aise avec ce diagnostic cliniquement ?

1725 M9 : Oui je pense, mais je me méfie de le poser à mauvais escient. Mais si j'ai un doute, je  
1726 demande un avis spécialisé. Après c'est un tableau clinique comme un autre avec aussi une  
1727 sémiologie un peu générale et diffuse, mais justement qui ne rentre pas non plus dans  
1728 d'autres cases.

1729 AL : Et les patients que vous voyez consultent-ils d'autres médecins ?

1730 M9 : Alors je viens d'arriver ici, mais auparavant ma première installation c'est 2005, ça fait  
1731 treize ans maintenant, eh bien non pas forcément. Ici je ne peux pas dire, ici j'ai recréé il y a  
1732 deux mois, je n'ai pas repris une suite avec des patients qui viennent en confiance auprès  
1733 d'un ancien médecin. Auparavant, je constate des patients très fidèles, parce qu'il y a un  
1734 échange de confiance, enfin j'espère, je fais attention à ça en tout cas. Après il y a toujours  
1735 des gens qui changent, mais ils ne le disent pas forcément.

1736 AL : Vous en voyez toutes les semaines des patients avec ces troubles ?

1737 M9 : Ah oui oui. Sur des journées complètes, j'en vois une fois toutes les deux semaines en

1738 fait pour en parler en détail en consultation. Après les patients, une fois que le diagnostic est

1739 posé, on en reparle de temps en temps, on recible un peu. En fait c'est quasi-quotidien, mais

1740 en parler précisément c'est plutôt tous les dix jours.

1741 AL : Et ce sont des consultations de combien de temps environ quand vous en parlez en

1742 détail avec les patients ?

1743 M9 : Bah là oui ça peut déborder, surtout si ça vient à la fin. Mais on va dire environ vingt

1744 minutes, après s'il faut déborder, je déborde.

1745 AL : Les patients arrivent-ils avec des références sur le sujet ?

1746 M9 : Oui en partie. Peut-être quarante pour cent oui, et soixante pour cent non.

1747 AL : Et utilisez-vous des échelles dans le diagnostic de colopathie ?

1748 M9 : Non, je sais qu'il y a plein d'outils pour plein de choses et de plus en plus, mais non. Je

1749 suis plus axé cardiologie, vasculaire, diabétologie, troubles de mémoire et psychiatrie un

1750 petit peu pour les échelles, mais colopathie pas spécialement non.

1751 AL : Après c'est vrai que les échelles comme celle de Bristol de Rome sont utilisées sans l'être

1752 par les médecins généralistes.

1753 M9 : Oui, en effet, mais ça permet d'avoir des précisions. Je regarderai.

1754 AL : Par rapport à ces patients, faites-vous autre chose en particulier ?

1755 M9 : Moi, j'essaie de faire en sorte que le patient sorte de la consultation en ayant compris

1756 ce qu'il ait. Donc je prends le temps. Parfois échec, c'est vrai, on sent que la personne tout

1757 d'un coup, en discutant, en faisant un échange, en écoutant, comprend, mais des fois il y a

1758 une rupture et c'est perdu pour cette consultation. Après c'est vrai qu'il m'arrive de voir des

1759 patients qui ont eu une suggestion du diagnostic, mais un peu balayée vite fait ; c'est ce que

1760 le patient rapporte ; ou ça peut être aussi qu'on lui a déjà expliqué, mais que ça continue et

1761 qu'il en a marre, et qu'il ne comprend pas pourquoi il ne guérit pas, que ça l'ennuie. Mais

1762 quand je regarde sur l'historique des consultations, quand on en a parlé franchement, bien,

1763 après les gens gèrent et donc je pense que c'est acquis ; mais il arrive qu'il y ait des erreurs,

1764 des non-diagnostic, ou des difficultés de pose du diagnostic en tout cas accepté par le

1765 patient que j'ai récupérés, mais aussi sûrement parce que le contact est passé cette fois-ci et

1766 pas avec quelqu'un d'autre et vice versa très probablement aussi je suppose.

1767 AL : et avez-vous remarqué un profil de patient ?

1768 M9 : Il y en a avec de l'anxiété, et il y en a d'autres qui ont juste mal au ventre, chez qui les

1769 symptômes vont être majorés par certains évènements un peu plus crispants dans la vie,

1770 mais ça ne va pas être non plus phénoménal, donc il y a un tableau douloureux, ennuyeux,

1771 anxieux plus ou moins prononcé.

1772 Remerciements.

1773 **ENTRETIEN 10**

1774 Présentation du sujet de la thèse.

1775 AL : Bonjour, comment définiriez-vous les troubles fonctionnels intestinaux ?

1776 M10 : C'est une pathologie fréquente, sans critères organiques retrouvés et pas toujours  
1777 faciles à prendre en charge.

1778 AL : Quand vous voyez un patient, qu'est-ce qui vous fait dire qu'il a des troubles fonctionnels  
1779 intestinaux ?

1780 M10 : Alors, la multiplicité des symptômes, le caractère non systématisé des douleurs par  
1781 exemple, des caractères un petit peu généraux, un peu vague. Après on a besoin de faire des  
1782 examens complémentaires.

1783 AL : Quels examens complémentaires ?

1784 M10 : Une échographie plus ou moins avis du gastroentérologue.

1785 AL : Et avec l'échographie, vous cherchez à éliminer d'autres pathologies ?

1786 M10 : Oui, puis ça dépend des symptômes présentés par le patient aussi. Évidemment il y a  
1787 des symptômes qui vont nous alerter, c'est-à-dire, s'il a des rectorragies, on ne va pas penser  
1788 au fonctionnel. Si on a une personne qui a toujours mal au même endroit, on va être un peu  
1789 plus méfiant aussi. Par contre quelqu'un qui a constipation puis diarrhée puis ça change, on  
1790 est peut-être un peu moins inquiet. Mais ça dépend aussi du type de diarrhée aussi, si c'est  
1791 dix selles par jour, il y a quand même les pathologies inflammatoires aussi, et il faut s'en  
1792 méfier aussi. Après il y a aussi le profil de la personne, qui peut, mais il ne faut pas non plus  
1793 trop en tenir compte, mais si déjà c'est quelqu'un d'un petit peu anxieux, ça peut jouer aussi.  
1794 Même si je sais que ça pourrait en gêner certains d'entendre ça, le côté fonctionnel peut  
1795 sous-entendre qu'il n'y a rien, alors qu'il y a des études et que ça a été recherché.

1796 AL : Et pour vous, ce sont des patients plutôt de quel âge ?

1797 M10 : Il y a de tous les âges.

1798 AL : Et dans vos patients, les symptômes se déclenchent à n'importe quel âge ?

1799 M10 : Oui, mais on va être plus méfiant si c'est un patient âgé qui n'a jamais eu de trouble  
1800 digestif, et on aura les investigations plus faciles. On est quand même plus prudent.

1801 AL : Et vous trouvez que ce sont plus des hommes ou des femmes ?

1802 M10 : C'est biaisé. Je dirais que ce sont plus des femmes, mais les femmes consultent plus  
1803 que les hommes aussi, donc en réalité je n'en sais rien. Mais dans ma patientèle ce sont plus  
1804 des femmes qui en parlent. Mais j'en ai, les plus beaux ce sont des hommes. Je pense à un  
1805 patient notamment.

1806 AL : Ont-ils des pathologies associées ?

1807 M10 : C'est variable. Il peut y en avoir, mais pas souvent et pas forcément. Pour les âges  
1808 d'ailleurs, quand j'y repense c'est plutôt des jeunes vers trente quarante ans.

1809 AL : Et le diagnostic c'est plutôt vous ou le spécialiste qui le posez ?

1810 M10 : Oui, c'est le plus souvent moi sauf quand je demande des examens complémentaires  
1811 et que je fais appel au gastroentérologue.

1812 AL : Et à partir de quand envoyez-vous les patients voir le gastroentérologue ?

1813 M10 : Soit d'emblée s'il y a des signes qui m'inquiètent, soit si vraiment mes traitements  
1814 symptomatiques ne marchent pas et que je revois le patient au bout d'un mois par exemple,  
1815 mais aussi en fonction de l'inquiétude du patient. Je n'ai pas de décision figée. C'est aussi  
1816 pour rassurer le patient, parfois je suis persuadé que c'est fonctionnel, mais ça aide aussi à  
1817 guérir.

1818 AL : Oui le fait de rassurer les patients est important.

1819 M10 : Mais parfois ma parole ne suffit pas.

1820 AL : Et les signes qui vous inquiètent et qui vous feraient adresser le patient plus  
1821 rapidement ?

1822 M10 : Euh, une douleur localisée, des vomissements, on n'aime pas trop ; évidemment tout  
1823 ce qui est rectorragie ou altération de l'état général. Il m'en manque peut-être, mais c'est  
1824 tout ce qu'il me vient sur le moment.

1825 AL : D'accord. Faites-vous faire des prises de sang à vos patients pour cette pathologie ?

1826 M10 : Dans ce cadre-là non. Il y en a souvent parce qu'ils sont inquiets ou pour d'autres  
1827 symptômes, mais spécifiquement pour ça non, je n'ai pas besoin.

1828 AL : Et à l'interrogatoire, recherchez-vous des composantes par rapport à leur mode de vie, à  
1829 l'alimentation ?

1830 M10 : Éventuellement, tout à fait. Les repas qu'ils font, ce qu'ils mangent.

1831 AL : Vous essayez d'évaluer ça sur le temps d'une consultation ?

1832 M10 : Oui. Bon c'est souvent mélangé aussi avec les conseils.

1833 AL : Et comme conseils ?

1834 M10 : On s'adapte en fonction du transit, des douleurs. Ça va être prendre le temps de  
1835 manger, faire bien trois repas, une alimentation variée ; et puis s'ils sont constipés, dans les  
1836 périodes de constipation, arrêter les féculents et privilégier les légumes verts, les fruits  
1837 juteux, les laitages ; et plutôt l'inverse quand ils sont en diarrhées ; et bien boire dans tous  
1838 les cas ; souvent ils sont ballonnés en même temps, donc éviter les boissons gazeuses, les  
1839 choux, tout ce qui fermente.

1840 AL : Vous avez des documentations là-dessus pour vos patients ?

1841 M10 : J'en avais, mais je n'en ai plus. J'ai trop de bazars.

1842 AL : Et les patients par rapport à l'alimentation, arrivent-ils avec des choses qu'ils ont notées,  
1843 repérées, identifiées ou des références concernant leur pathologie ?

1844 M10 : Rarement.

1845 AL : Et vous leur dites de noter ce qu'ils mangent ?

1846 M10 : Ça peut m'arriver, mais sans doute pas assez souvent.

1847 AL : Au niveau des conseils alimentaires, c'est vraiment en fonction des symptômes du  
1848 patient ?

1849 M10 : Ah oui, même s'il y a quelques grandes règles : faire trois repas par jour et ne pas  
1850 manger qu'une seule fois par jour, de prendre le temps en mangeant, ce n'est pas le  
1851 sandwich vite fait en vingt minutes le midi. Donc ça, c'est une constante un peu pour tout le  
1852 monde. Et les activités physiques aussi pour tout le monde.

1853 AL : D'accord. Au niveau des traitements ?

1854 M10 : C'est vraiment symptomatique. Je vais donner des antalgiques simples, des  
1855 antispasmodiques, d'autres qui absorbent un peu les gaz comme la Siméticone, des choses  
1856 comme ça ; et puis par rapport aux diarrhées, on peut aussi donner des probiotiques  
1857 éventuellement. Je reste très simple. C'est beaucoup de conseils.  
1858 AL : En antispasmodiques et antidouleurs que donnez-vous ?  
1859 M10 : Alors ça peut être du Spasfon® essentiellement, mais aussi du Météospasmyl® qui a  
1860 une double composante s'ils sont ballonnés, parfois Trimébutine, j'avais aussi Dicétel® à un  
1861 moment, mais moins maintenant, chez les anxieux ça ne marchait pas trop mal ; voilà ceux  
1862 qui me viennent à l'esprit.  
1863 AL : Et au niveau des probiotiques, vous en conseillez certains à vos patients ou ils voient  
1864 avec le pharmacien ?  
1865 M10 : Alors je donne plutôt Probiolog® ou l'ultra-levure autrement.  
1866 AL : Et sur combien de temps leur dites-vous de les prendre ?  
1867 M10 : Sur facilement un à deux mois. Et qu'il n'y a pas de danger et qu'ils peuvent les  
1868 continuer si besoin si ça a bien amélioré leurs symptômes.  
1869 AL : Pas d'autres traitements ni compléments ou autres de pharmacie et parapharmacie ?  
1870 M10 : Non.  
1871 AL : Et en traitement non médicamenteux ?  
1872 M10 : Le sport et l'activité physique, la relaxation s'il y a besoin. La relaxation, la sophrologie,  
1873 le yoga s'ils ont besoin de se détendre, mais ça c'est au cas par cas. Autrement je n'ai rien  
1874 d'autre en dehors des conseils alimentaires.  
1875 AL : D'autres conseils ?  
1876 M10 : Non.  
1877 AL : Pas de régime particulier ?  
1878 M10 : Bah en fonction de leur transit, je m'adapte. Après je leur déconseille de manger trop  
1879 gras parce que ce n'est pas très digeste, les laitages je ne les contre-indique pas, mais il ne  
1880 faut pas manger que ça non plus. De temps en temps on en voit. J'en avais un qui ne  
1881 mangeait que des bananes et du lait, alors pour le transit c'est particulier quand même.  
1882 AL : Je vous posais la question, car il y a certains régimes qui existent, notamment à une  
1883 période il y a eu une mode sans gluten, et maintenant le régime pauvre en FODMAPS qui  
1884 donnerait de bons résultats selon les études.  
1885 M10 : Alors non, d'une je n'ai pas les connaissances pour donner des conseils comme ça, et  
1886 s'il faut ce genre de conseils, généralement là c'est l'affaire du spécialiste. Et puis avant de  
1887 dire qu'il y a une intolérance au gluten ou quoi que ce soit il faut avoir fait les recherches. Je  
1888 ne vais pas balancer un diagnostic comme ça sans savoir, même si c'est un petit peu la mode.  
1889 AL : Et en spécialiste c'est essentiellement le gastroentérologue, pas d'autres ?  
1890 M10 : Prioritairement oui à mes correspondants à la clinique essentiellement.  
1891 AL : Et que pensez-vous de l'hypnose, de l'acupuncture et autres médecines non  
1892 conventionnelles ?  
1893 M10 : Je ne suis pas contre. Après ce dont vous avez parlé, l'acupuncture je n'y connais rien,  
1894 l'hypnose oui je pense que ça doit pouvoir aider les gens, mais je ne les oriente pas vraiment

1895 directement vers ça. En fait le gastroentérologue c'est plutôt pour éliminer ce qui pourrait  
1896 être organique et être rassuré et après bah s'il y a une composante psychologique on voit  
1897 avec d'autres moyens, ceux-ci en font partie.

1898 AL : Vous en envoyez vous l'allergologue ou pas ?

1899 M10 : C'est rarissime et il y aurait plutôt le gastroentérologue avant, ou alors il faudrait que  
1900 j'aie d'autres composantes allergiques, vraiment qu'il y ait dans l'interrogatoire quelque  
1901 chose qui m'oriente vers une allergie alimentaire.

1902 AL : Et le gastroentérologue fait-il des examens ?

1903 M10 : Alors il va faire l'échographie abdominale, examiner le patient, et puis après bah oui ça  
1904 va être fibroscopie, coloscopie selon ce qu'il en pense. Mais pas toujours, ça en reste là.

1905 AL : Et les patients, pour les rassurer que leur dites-vous quand ils reviennent vous voir ?

1906 M10 : Je leur dis que c'est une pathologie non organique, qu'on ne craint pas un cancer,  
1907 qu'on ne craint pas des maladies compliquées type maladies inflammatoires, et que c'est à  
1908 nous de trouver la petite recette pour essayer de les soulager, mais que ce n'est pas grave.

1909 AL : Ils reviennent régulièrement ?

1910 M10 : Oui, c'est très variable. Il y en a qu'on n'arrive vraiment pas à guérir et puis d'autres où  
1911 c'est par période, ça se passe et ça revient. C'est pour ça que j'essaie de varier un peu les  
1912 traitements, quand l'un n'a pas marché, on change et on arrive à trouver quelque chose qui  
1913 marche.

1914 AL : Au niveau des traitements médicamenteux, donnez-vous aussi dans certains cas des  
1915 anxiolytiques ?

1916 M10 : Dans certains cas plutôt rares, mais ce n'est pas forcément lié aux troubles digestifs.  
1917 J'en mets si l'anxiété est vraiment importante au premier plan, mais ça dépend aussi et je  
1918 reste vigilant, car sur le plan digestif ce n'est pas forcément bien toléré non plus. Les  
1919 benzodiazépines on n'aime pas trop, car on rentre après dans un cercle vicieux, ça constipe  
1920 souvent. Et les antidépresseurs, il y en a qui ont une visée anxiolytique, mais sur le plan  
1921 digestif ce n'est pas forcément l'idéal.

1922 AL : Donc c'est vraiment pour des cas bien particuliers. Et êtes-vous à l'aise avec le diagnostic  
1923 et la prise en charge ?

1924 M10 : Avec le diagnostic oui. Et sur la prise en charge pas toujours, c'est difficile, d'une part  
1925 parce que tout ce qui est diététique je ne suis pas forcément très calé et d'autre part on  
1926 bidouille pour trouver le traitement adéquat ; après on a un bon arsenal thérapeutique, on  
1927 peut chercher. On s'adapte à chaque patient, mais pour certains on a du mal.

1928 AL : Et est-ce que vous utilisez les échelles types Rome, Bristol, Manning ?

1929 M10 : Pas du tout. Je ne suis pas très échelle en général.

1930 AL : Les consultations durent environ combien de temps ?

1931 M10 : Ça peut durer longtemps parce qu'il y a un examen clinique, ce n'est pas que de la  
1932 discussion. De toute façon moi c'est au moins vingt minutes, mais ça déborde facilement  
1933 pour ça ; je dirai facilement vingt à trente minutes. Après ça dépend si c'est la première ou la  
1934 deuxième ou la troisième. La première va être un peu plus longue que les suivantes.

1935 AL : Des patients avec ces troubles vous en voyez toutes les semaines ?

1936 M10 : Ah oui, alors après plus ou moins prononcés, c'est d'ailleurs aussi ce que je donne au  
1937 patient pour la bénignité en leur disant « vous savez j'en vois toutes les semaines » pour les  
1938 rassurer et leur dire qu'ils ne sont pas tout seuls.  
1939 Remerciements.

#### 1940 **ENTRETIEN 11**

1941 M11. Cabinet de groupe médical. Semi-rural. Installée depuis 1993. Consultations 15  
1942 minutes.

1943 Présentation du sujet de thèse.

1944 AL : Bonjour, comment définiriez-vous les troubles fonctionnels intestinaux ? Comment  
1945 faites-vous le diagnostic ? Et comment les prenez-vous en charge ?

1946 M11 : Alors ce sont des femmes, neuf fois sur dix ; anxieuse peut être huit fois sur dix avec  
1947 des troubles qui sont souvent anciens et récidivants ce qui permet de faire le diagnostic, et  
1948 des troubles du transit, des indigestions, des ballonnements, très importants, et des gaz.

1949 AL : En dehors de l'anxiété ont-ils d'autres symptômes ou pathologies associées ?

1950 M11 : Faudrait ressortir tous les dossiers et voir. Mais en général quand ils viennent c'est  
1951 pour ça. Par contre ce qu'il ne faut pas que le trouble fonctionnel intestinal communique son  
1952 anxiété au médecin traitant. Parce que nous on se demande toujours s'il y a quelque chose  
1953 d'organique derrière. Donc on fait, souvent on refait les examens qui ont déjà été faits deux  
1954 ans avant, souvent les échographies abdominales, la biologie et puis quelques fois, bon je  
1955 fais souvent faire une coloscopie pour éliminer une pathologie organique sous-jacente et  
1956 puis c'est le gastroentérologue qui tranche.

1957 AL : Du coup c'est souvent lui qui pose le diagnostic ?

1958 M11 : Ah non, moi c'est un avantage ça fait vingt-cinq ans que je suis là, donc mes patientes  
1959 je les connais. À la limite quand elles prennent rendez-vous je sais déjà que je vais y avoir  
1960 droit une nouvelle fois.

1961 AL : Vous en voyez souvent ?

1962 M11 : Des fonctionnels intestinaux, oh oui, toutes les semaines, au moins deux. C'est très  
1963 fréquent.

1964 AL : Oui c'est pour ça que je fais ma thèse dessus, puis la prise en charge n'est pas encore  
1965 bien systématisée.

1966 M11 : Ah et puis c'est dans l'air du temps, dans tous les congrès, il y a toujours un truc sur les  
1967 troubles fonctionnels intestinaux, la membrane et les échanges, ça commence à creuser.

1968 AL : Vos patients consultent d'autres médecins ? Ou ont déjà consulté avant ?

1969 M11 : Mes patients sont assez fidèles, mais ils leur arrivent d'aller voir à côté pour s'assurer  
1970 que ce soit bien ça. Souvent je leur dis ce que je pense des troubles fonctionnels intestinaux  
1971 et je leur explique ce qu'il en est pour moi, ils n'aiment pas toujours, mais oui il y en a qui  
1972 vont voir ailleurs ça c'est clair, que ce soit de la médecine traditionnelle ou autre chose.

1973 AL : Et vous vous leur dites quoi de ça ?

1974 M11 : Que je n'aime pas le shopping médical, que j'aime bien qu'on me fasse confiance, mais  
1975 s'ils ont envie d'aller voir ailleurs, ils vont voir ailleurs. Ça ne me dérange pas.

1976 AL : Et à propos des troubles fonctionnels intestinaux ?

1977 M11 : Ah bah que c'est une expression de leur anxiété, et que ces troubles se majorent en

1978 général quand il y a des petits soucis ou des problèmes particuliers. Ce n'est pas toujours le

1979 cas, mais c'est souvent comme ça, et ils l'acceptent souvent. De toute façon ce sont des

1980 patients que l'on revoit tout le temps. Et puis au niveau traitement ça tourne.

1981 AL : Ils sont demandeurs de traitement médicamenteux ?

1982 M11 : Oui, ça fait mal. C'est une expression organique quand même qui fait mal. Les gens ne

1983 sont pas bien, ils ont mal au ventre, ils veulent qu'on les soigne donc oui.

1984 AL : Vous leur donnez quoi comme traitement ?

1985 M11 : Ça dépend beaucoup de l'examen clinique. Vous avez des gens qui sont hyper

1986 ballonnés, qui ont mal alors on donne plutôt du charbon, de quoi absorber les gaz ; il y a

1987 d'autres qui sont plutôt transit accéléré et on donne plutôt du Smecta® et compagnie. Ça

1988 dépend du tableau clinique et très souvent ça tourne. Souvent on a essayé beaucoup de

1989 choses et ils reviennent, on leur dit ça y est, on ne sait plus quoi essayer. C'est vrai. On se dit

1990 tient on va essayer ça et en fait le patient avait déjà eu ça deux ans avant.

1991 AL : D'accord. Et au niveau de la prise de sang et de l'échographie, vous recherchez quoi ?

1992 M11 : Une échographie parce que derrière une douleur abdominale il peut se passer plein

1993 de choses, c'est un bon examen de débrouillage, en particulier au niveau hépatique et

1994 vésiculaire, voire rénal. Et puis on peut avoir mal au ventre et puis avoir un kyste de l'ovaire,

1995 un néo sous-jacent, il faut se méfier quoi. C'est bien d'avoir une échographie, la clinique c'est

1996 bien, mais sur ce genre de sujet, mais ce n'est quand même pas simple. Et sur le plan

1997 biologique, je regarde le bilan hépatique, l'absence de syndrome inflammatoire, un petit

1998 bilan pancréatique.

1999 AL : Et vous faites des bilans thyroïdiens ou de maladie cœliaque ?

2000 M11 : Alors thyroïdien oui, maladie cœliaque non. Je laisse ça au gastroentérologue si lui le

2001 pense.

2002 AL : Et au niveau des anticorps d'allergie ?

2003 M11 : Non

2004 AL : Les patients quand ils consultent, vous recherchez des intolérances alimentaires ?

2005 Donnez-vous des conseils alimentaires ou hygiénodietétiques ?

2006 M11 : Oui bien sûr. Je leur conseille de prendre leur temps pour manger, de manger

2007 doucement, de bien s'hydrater, et puis d'éviter tout ce qui est féculent. Les allergies

2008 alimentaires, ce n'est pas à trente-cinq ans qu'on fait un diagnostic d'allergie alimentaire et

2009 puis ce n'est pas très fréquent.

2010 AL : Et concernant les intolérances alimentaires, ce sont les gens qui arrivent avec leur liste ?

2011 M11 : En général oui.

2012 AL : Vous leur recommandez de faire des calendriers de ce qu'ils mangent ?

2013 M11 : Non.

2014 AL : Et vous préconisez des régimes ? Type sans résidus, sans gluten, pauvres en FODMAPS ?

2015 M11 : Non, non plus. C'est très dans l'air du temps tout ça, enfin bon non.

2016 AL : Et au niveau des médecines non traditionnelles : l'acupuncture, la sophrologie, etc. ?

2017 M11 : Tout ce qui peut leur faire du bien à essayer, c'est ce que je leur dis.

2018 AL : Et au niveau des médicaments, vous donnez parfois des anxiolytiques ?

2019 M11 : Antidépresseurs, non. Anxiolytiques, ça arrive si le trouble fonctionnel intestinal est  
2020 révélateur de quelque chose de plus important, s'il y a une cause. Il arrive qu'il y ait des  
2021 patients qui ont mal au ventre et qui arrivent, je les examine et puis finalement ,en fait « ce  
2022 n'est pas que votre ventre monsieur, c'est dans votre tête, qu'est-ce qui ne va pas ? » et puis  
2023 les gens craquent et ils se lâchent, et à ce moment oui parfois on met des anxiolytiques.  
2024 Mais par exemple un trouble fonctionnel intestinal chez la femme jeune, assez classique là  
2025 non. On reste symptomatique avec du Spasfon, du Carbosymag®, du Carbosylane®, du  
2026 Smecta®, du Météospasmyl®, de Bedelix®, enfin voilà. Et je donnais du Librax® avant, qui  
2027 était un truc pas mal avant.

2028 AL : Et en confrère à qui vous adressez ces patients, il n'y en a pas d'autres que le  
2029 gastroentérologue ?

2030 M11 : Le gastroentérologue c'est tout.

2031 AL : Au niveau des probiotiques vous en donnez ?

2032 M11 : Oui ça m'arrive en fonction des patients. Il paraît que c'est l'avenir. Mais je me méfie  
2033 toujours de ce qui sort. On va voir.

2034 AL : Il y a des choses que vous pensez faire pour ces patients que d'autres ne feraient pas ?

2035 M11 : Non je ne pense pas.

2036 AL : Les patients viennent avec des références ?

2037 M11 : Non je n'en ai jamais vu.

2038 AL : Ils entendent facilement le diagnostic de trouble fonctionnel ?

2039 M11 : Oui c'est bien reçu. Ce qu'ils veulent c'est d'être rassurés. D'où l'échographie qui les  
2040 rassure et aussi qui rassure le médecin.

2041 AL : Êtes-vous à l'aise avec le diagnostic ?

2042 M11 : Oui ça ne me gêne pas. Je n'ai pas de mal à arriver au diagnostic. Des fois on se pose la  
2043 question et on creuse un peu plus. Il m'arrive exceptionnellement d'aller jusqu'au scanner.

2044 AL : D'accord. Et avec la prise en charge ?

2045 M11 : Oui, ce n'est pas difficile de les prendre en charge. Ce ne sont pas des patients plus  
2046 difficiles que ça.

2047 AL : Et utilisez-vous des échelles ?

2048 M11 : Non, pas du tout. Parce que ça veut dire utiliser des échelles, mettre des croix partout,  
2049 c'est encore possible de faire de la médecine à l'ancienne quand on connaît bien les gens et  
2050 que bon le côté humain dans les échelles...

2051 AL : Les patients vous trouvent qu'il y a un gros retentissement ?

2052 M11 : Il y a rarement d'arrêt de travail. Gros retentissement, non je ne pense pas quand  
2053 même. Colopathie spasmodique d'origine fonctionnelle avec un patient qui arrive tout  
2054 tordu, c'est exceptionnel et quand on gratte ce sont des gens qui ont autre chose derrière,  
2055 anxiété voire plus.

2056 Remerciements

## ANNEXE 1 : LISTE NON EXHAUSTIVE DES FODMAPS

	Pauvres en FODMAPS (à privilégier)	Riches FODMAPS (à éviter)
Fruits	Tous les agrumes : orange, citron, clémentines, pamplemousse, etc. Exotiques : ananas, banane, fruits de la passion, Baies et fruits rouges : fraises, framboises, canneberges, groseilles, bleuets, etc. Melon, Kiwi, Raisin Limiter la consommation de jus à 125ml par jour	Pommes, poires, mangues, fruits à noyau, grenade, figues, coing, fruits en conserve, nectars de fruits
Légumes	Légumes riches en amidon : pomme de terre, patate douce, panais, etc. Salade, laitue, cresson, mâche, endives, etc. Choux : frisé, brocoli, de Savoie, etc. Blancs de poireaux, tomates, carottes, épinards, courgettes, courges (avec modération) Fèves et haricots (avec modération)	Artichauts, asperges, salsifis, soja, chou-fleur, betterave, champignons, légumineuses, pois, vert des poireaux, choux de Bruxelles, maïs sucré
Produits céréaliers	Pain au levain Pain sans gluten Quinoa, riz, maïs, sarrasin, millet, sorgho Farine d'avoine Produits à base de maïs : tortilla, maïzena, polenta Produits à base de riz : galettes de riz, pâtes de riz, craquelins, etc.	Produits à base de blé, seigle, orge, kamut (pâtes, biscuits, couscous), Barres de céréales et biscuits contenant des agents sucrants
Produits laitiers	Laitages sans lactose Laits végétaux : d'amande, de riz, de soja ou de coco Fromages vieux type Cheddar, Parmesan, Gouda, etc. Fromages et laitages de brebis Yaourts à base de lait de soja, de coco, ou dé lactosés Crème fouettée et crème de coco	Laitages avec lactose, laits de vache et de chèvre, fromages frais, crèmes traditionnelles, yaourts classiques
Produits sucrés	AVEC MODERATION Sucre blanc, Cassonade Confiture sans fructose, Sirop d'érable Chocolat Stévia (se limiter à 2 sachets par jour), Sucralose	Sodas, « corn syrup », miel, bonbons et chewing-gum sans sucre, fructose
Autres	Viande, Volaille, Poisson Tofu Oléagineux sauf cajou et pistaches Thé et tisanes Epices et condiments Huiles végétales	Oignons, ail, échalotes Vins liquoreux, rhum, liqueur, porto Produits contenant du sorbitol, mannitol, xylitol, isomalt Noix de cajou, pistaches

(8,64,105–107)

## **ANNEXE 2 : LES ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRECTIFS**

L'entretien individuel est la forme dans laquelle l'interviewer s'adresse à une personne.

Les entretiens demi-directifs sont des formules mixtes qui combinent à la fois directivité et non directivité. L'interviewer oriente la personne qui parle vers certains sujets et lui laisse ensuite toute liberté pour s'exprimer. Deux procédés inspirés par Carl Rogers sont utilisés : une attention positive inconditionnelles et une attitude empathique.

Le prérequis pour les entretiens demi-directifs est l'établissement d'un guide qui dresse la liste des sujets (entre cinq et six). Cette méthode convient pour effectuer des études d'approfondissement. L'interviewer prend appui sur des travaux antérieurs portant sur des sujets voisins. Les différents thèmes à aborder découlent ces connaissances. La collection des informations doit être suffisamment ouverte pour pouvoir repérer les facettes méconnues du phénomène étudié. Cela introduit une certaine dose de directivité tout en laissant une grande liberté de parole et la possibilité de faire des découvertes.

Il semble qu'il faille entre neuf et douze interviewés pour bénéficier d'une variété de points de vue suffisante. Le nombre idéal d'interviewés est marqué par la redondance des informations recueillies lors des différents entretiens.

Les entretiens individuels durent entre quinze et quarante-cinq minutes et revêtent des formes très différentes mais on peut distinguer trois grandes étapes.

Au début de la séance, le principe de l'entretien individuel semi-directif est réexpliqué à l'interviewé. L'entretien est intégralement enregistré pour pouvoir être analysé par la suite. Les interviewés en sont informés et ils ont donné leur accord. Par soucis de confidentialité, on rappelle au début de la 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. Par ailleurs, il est recommandé de choisir une date et un lieu d'entretien de manière à atténuer le caractère perturbateur de cet exercice.

Le plus souvent, dans les premières minutes, l'interviewé cherche à évacuer ses préoccupations antérieures par le biais de stéréotypes pour se concentrer sur le thème de l'entretien. Durant cette première phase, l'interviewer doit encourager l'interviewé à avancer afin qu'il ne s'enferme pas dans un discours stéréotypé et général.

L'interviewé a alors le sentiment d'avoir tout dit mais s'aperçoit qu'il ne s'est pas exprimé de manière personnelle. C'est l'étape du travail de recherche. L'interviewé réfléchit à haute voix, ordonne ses idées. Durant cette phase, l'interviewer encourage l'interviewé à clarifier ou à approfondir son discours.

La dernière étape est marquée par l'apparition d'un discours redondant. La fin de l'entretien approche mais il importe que l'interviewer relance l'interviewé, car ce dernier a parfois des choses importantes à exprimer ou des précisions à apporter. L'entretien s'achève lorsque les relances deviennent inefficaces. (28)

## ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN

- 1) Comment définiriez-vous les troubles fonctionnels intestinaux ?
- 2) Comment arrivez-vous au diagnostic ?
  - Interrogatoire
  - Examen clinique
  - Examens complémentaires ? Si oui, lesquels ? Pour rechercher quoi ?
    - Biologie ?
    - Echo ?
    - Scanner ? IRM ?
    - Coloscopie ? Fibroscopie ?
  - Utilisation des critères de Rome ? Manning ?
  - Diagnostics différentiels ?
  - Pathologies associées ?
  - Adressez-vous des spécialistes ? Gastroentérologue ? Allergologue ? Pourquoi ?
- 3) A propos des patients :
  - Y a-t-il une prédominance hommes ou femmes ?
  - Avez-vous remarqué des points communs entre les patients ? Un profil ?
  - Est-ce que les patients viennent avec des références ? Si oui lesquelles ?
  - Avez-vous remarqué un nomadisme médical ? Consultent-ils d'autres médecins ?
  - Retentissement ?
- 4) Comment prenez-vous en charge les patients que vous avez diagnostiqués comme ayant des troubles fonctionnels intestinaux ?
  - Traitements médicamenteux
  - Traitements alternatifs : psy, hypnose, sophrologie, relaxation, acupuncture etc.
  - Gestion du stress, habitudes de vie des patients ?
  - Avis sur ces traitements
  - Conseils alimentaires ? Généraux ? Spécifiques ?
  - Calendrier nutritionnels ? Identification d'aliments responsables ?
  - Régimes ? FODMAPs ?
  - Probiotiques ?
  - Autre chose ?
- 5) Comment expliquez-vous le diagnostic aux patients ?
  - Quelles informations sur le diagnostic donnez-vous aux patients ?
  - Les voyez-vous souvent ? Fréquence consultation ?
  - Réassurance ? Comment ?
  - Quel est le retour de vos patients ?
- 6) Etes-vous à l'aise avec le diagnostic ? Pourquoi ?
- 7) Etes-vous à l'aise avec la prise en charge ? Pourquoi ?
- 8) Concernant les médecins interrogés :
  - Sexe médecin
  - Date Installation/Age
  - Type activité : rural, semi rural, urbaine
  - Type de cabinet : seul, groupe médecin, groupe pluridisciplinaire
  - Temps habituel de consultation : 15 min, 20 min, 30 min ?

## BIBLIOGRAPHIE

1. Coffin B. Troubles fonctionnels intestinaux : données récentes. *Hepato-Gastro Oncol Dig*. 2010;17(1):95–100.
2. Ducrotté P. Physiopathologie des TFI et implications thérapeutiques. *Post'U*. 2013;189–96.
3. Prescrire P choix. Troubles intestinaux bénins récurrents : Actualisation. *Rev prescrire*. 2017;
4. Coffin B. Quoi de neuf sur les troubles fonctionnels intestinaux depuis la fin du dernier millénaire ? *Colon and Rectum*. 2015;
5. Schmulson MJ, Drossman DA. What is new in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil*. 2017;23(2):151–63.
6. Benezech A, Serrero M, Grimaud J-C. Syndrome de l'intestin irritable. *Rev Prat*. 2017;67:e66.
7. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1262–79.
8. Benezech A, Serrero M, Grimaud J-C. Colopathie fonctionnelle. Vol. 67, *La revue du praticien*. 2017. p. e59-65.
9. Ducrotté P, Melchior C. Traitement des troubles fonctionnels intestinaux. *Rev Prat*. 2018;68:18–24.
10. PrepECN. Item 229 : Colopathie fonctionnelle. In: *Université Médicale Virtuelle Francophone*. 2010.
11. Sabaté J-M, Jouët P. Conseil de pratique : Prise en charge du Syndrome de l'Intestin Irritable (SII). In: *SNFGE-GFNG [Internet]*. 2016. Available from: <https://www.snfge.org/content/cp034-prise-en-charge-du-syndrome-de-lintestin-irritable-sii>
12. SNFGE. Les troubles fonctionnels intestinaux [Internet]. 1999 [cited 2018 Jul 3]. Available from: <https://www.snfge.org/content/les-troubles-fonctionnels-intestinaux>
13. Saha L. Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World J Gastroenterol*. 2014;20(22):6759–73.
14. Simren M, Palsson OS, Whitehead WE. Update on Rome IV Criteria for Colorectal Disorders : Implications for Clinical Practice. *Curr Gastroenterol Rep*. 2017;19(4):15.
15. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1393–1407e5.
16. Marteau P, Doré J. Le microbiote intestinal : un organe à part entière. 2017.
17. Doré J, al. Microbiote intestinal : qu'en attendre au plan physiologique et thérapeutique ? *Therapie*. 2017;72(1):1–19.
18. Ducrotté P. Syndrome de l'intestin irritable : Rôle de la flore et intérêt potentiel des probiotiques. *Colon and Rectum*. 2007;1:237–41.
19. Simrén M, Tack J. New treatments and therapeutic targets for IBS and other functional bowel disorders. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018;15:589–605.

20. World Gastroenterology Organisation. Syndrome de l'intestin irritable : Une approche globale. *World Gastroenterol Organ Glob Guidel Syndr*. 2015;1–32.
21. Dai C, Zheng C-Q, Jiang M, Ma X-Y, Jiang L-J. Probiotics and irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2013;19(36):5973–80.
22. Joly F, Nuzzo A, Kapel N, Thomas M. Lien entre les probiotiques et le microbiote : vision du clinicien. *Cah Nutr diététique*. 2017;525:S5–12.
23. Hercberg S. Rôle de la nutrition dans les maladies chroniques. *Rev Prat*. 2017;67:321–39.
24. Marsh A, Eslick EM, Eslick GD. Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders ? A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr*. 2016;55(3):897–906.
25. Spiller R. Irritable bowel syndrome: new insights into symptom mechanisms and advances in treatment. *F1000Research*. 2016;5.
26. Sabaté J-M. Liens entre alimentation et syndrome de l'intestin irritable. *Colon and Rectum*. 2013;7(2):86–92.
27. Eswaran S, Muir J, Chey WD. Fiber and Functional Gastrointestinal Disorders. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(5):718–27.
28. Fenneteau H. Enquête : entretien et questionnaire. 3e édition. 2015.
29. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Études d'évaluation thématique : approche qualitative de la collecte de données. Programme mondial d'évaluation de l'abus de drogues. 2004.
30. Jovic L. Méthodologie de recherche : L'entretien de recherche. 1987.
31. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. 2015;15(157):50–4.
32. Coffin B. Est-il possible de faire un diagnostic positif du syndrome de l'intestin irritable? *Colon and Rectum*. 2013;7(2):67–74.
33. Spiller R, Aziz Q, Creed F, et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut*. 2007;56:1170–98.
34. Dapoigny M, Dyard F, Grimaud J-C, Al E. Troubles fonctionnels intestinaux et consommation de soins : Etude observationnelle en gastro-entérologie libérale. *Gastroenterol Clin Bio*. 2003;27:265–71.
35. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1377–90.
36. Aziz I, Palsson OS, Törnblom H, et al. The Prevalence and Impact of Overlapping Rome IV-Diagnosed Functional Gastrointestinal Disorders on Somatization, Quality of Life, and Healthcare Utilization: A Cross-Sectional General Population Study in Three Countries. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(1):86–96.
37. Mayer EA, Tillisch K. The brain-gut axis in abdominal pain syndromes. *Annu Rev Med*. 2011;62:381–96.
38. Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive. Livre des résumés. 2017.
39. Drossman DA, McKee DC, Sandler RS, et al. Psychosocial Factors in the Irritable Bowel

- Syndrome: A Multivariate Study of Patients and Nonpatients With Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*. 1988;95(3):701–8.
40. Lacy BE, Weiser K, Noddin L, et al. Irritable bowel syndrome : Patients' attitudes, concerns and level of knowledge. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;25(11):1329–41.
  41. Dong Y-Y, Zuo X-L, Li C-Q, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome in Chinese college and university students assessed using Rome III criteria. *World J Gastroenterol*. 2010;16(33):4221–6.
  42. Mapel DW. Functional disorders of the gastrointestinal tract: Cost effectiveness review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2013;27(6):913–31.
  43. Tang YR, Wang P, Yin R, et al. Five-year follow-up of 263 cases of functional bowel disorder. *World J Gastroenterol*. 2013;19(9):1466–71.
  44. Borghini R, Donato G, Alvaro D, Picarelli A. New insights in IBS-like disorders: Pandora's box has been opened; a review. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. 2017;10(2):79–89.
  45. Ng KS, Nassar N, Hamd K, Nagarajah A, Gladman MA. Prevalence of functional bowel disorders and faecal incontinence: An Australian primary care survey. *Color Dis*. 2015;17(2):150–9.
  46. Sabaté J-M. Syndrome de l'intestin irritable. *La Rev du Prat Médecine générale*. 2017;31(987):628–31.
  47. Coffin B. Piqûre de rappel : Troubles fonctionnels intestinaux. *La Rev du Prat Médecine générale*. 2010;24(838):229–30.
  48. Iovino P, Bucci C, Tremolaterra F, et al. Bloating and functional gastro-intestinal disorders: Where are we and where are we going? Vol. 20, *World Journal of Gastroenterology*. 2014. p. 14407–19.
  49. Lee T, Wu Y, Chan JK, et al. Immunoglobulin G testing in the diagnosis of food allergy and intolerance. *Hong Kong Med J*. 2017;23(4):419–20.
  50. Nancey S, Boschetti G, Flourié B. Allergie et intolérance alimentaire de l'adulte. *Post'U*. 2013;165–76.
  51. Maître S, Maniu C-M, Buss G, et al. Allergie ou intolérance alimentaire. *Rev Med Suisse*. 2014;10:846–53.
  52. Coffin B. Colopathie fonctionnelle. *Rev Prat*. 2009;60.
  53. Nyrop KA, Palsson OS, Levy RL, et al. Costs of health care for irritable bowel syndrome, chronic constipation, functional diarrhoea and functional abdominal pain. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;26:237–48.
  54. Song KH, Jung H-K, Kim HJ, et al. Clinical Practice Guidelines for Irritable Bowel Syndrome in Korea, 2017 Revised Edition. *J Neurogastroenterol Motil*. 2018;24(2):197–215.
  55. Sabaté J-M. Syndrome de l'intestin irritable. Actualités concernant les mécanismes et la prise en charge. *Douleur et analgésie*. 2017;30(4):205–16.
  56. Floch MH, Ringel Y, Walker WA. The microbiota in gastrointestinal pathophysiology : Implications for human health, prebiotics, probiotics and dysbiosis. 2017. 419 p.
  57. Collet J, Canevet J-P. Le syndrome de l'intestin irritable dans la trajectoire de vie des patients : étude par récits de vie. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine générale. Université de Nantes; 2017.

58. Frexinos J. Alimentation et troubles fonctionnels digestifs. *Cah Nutr Diét.* 2004;39(5):307–10.
59. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif aux objectifs de santé publique quantifiés pour la politique nutritionnelle de santé publique (PNNS) 2018-2022. 2018.
60. ANSES. Actualisation des repères du PNNS : révision des repères de consommations alimentaires. 2016.
61. Chang FY, Chen PH, Wu TC, et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in Taiwan : Questionnaire-based survey for adults based on the Rome III criteria. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2012;21(4):594–600.
62. Staudacher HM, Lomer MCE, Farquharson FM, et al. A diet low in FODMAPs reduces symptoms in patients with irritable bowel syndrome and a probiotic restores *Bifidobacterium* species : A randomized controlled trial. *Gastroenterology.* 2017;153(4):936–47.
63. Böhn L, Störsrud S, Liljebo T, et al. Diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome as well as traditional dietary advice : a randomized controlled trial. *Gastroenterology.* 2015;149(6):1399–407.e2.
64. Ducrotté P. Conseil de pratique : Régimes pauvres en sucres fermentescibles, les FODMAPs. *SNFGE-GFNG.* 2016;1–3.
65. Sabaté J. Régimes et syndrome de l'intestin irritable. *Post'U.* 2015;213–20.
66. Coffin B. Syndrome de l'intestin irritable : prise en charge, y-a-t-il du neuf ? *Post'U.* 2018;253–6.
67. Fehnel SE, Ervin CM, Carson RT, et al. Development of the diary for irritable bowel syndrome symptoms to assess treatment benefit in clinical trials : foundational qualitative research. *Value Heal.* 2017;20(4):618–26.
68. Maisonneuve J. La dynamique des groupes. 2018. 45 p.
69. Rejouer sa vie. *Etudes (Paris).* 2008;409:231–8.
70. Sayuk GS, Gyawali CP. Irritable bowel syndrome : modern concepts and management options. *Am J Med.* 2015;8:817–27.
71. Ruepert L, Quartero A, De Wit N, et al. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(8):CD003460.
72. Khalif IL, Quigley EMM, Makarchuk PA, et al. Interactions between symptoms and motor and visceral sensory responses of irritable bowel syndrome patients to spasmolytics (antispasmodics). *J Gastrointest Liver Dis.* 2009;18(1):17–22.
73. Weinberg DS, Smalley W, Heidelbaugh JJ, et al. Guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2014;147(5):1146–8.
74. Ducrotte P, Grimaud JC, Dapoigny M, Al E. On-demand treatment with alverine citrate/simeticone compared with standard treatments for irritable bowel syndrome: Results of a randomised pragmatic study. *Int J Clin Pract.* 2014;68(2):245–54.
75. Annaházi A, Róka R, Rosztóczy A, Al E. Role of antispasmodics in the treatment of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2014;20(20):6031–43.
76. HAS. Commission de transparence : alvérine (citrate) + simeticone. 2017.

77. Walters JM, Crean P, McCarthy CF. Trimebutine, a new antispasmodic in the treatment of dyspepsia. *Ir Med J*. 1980;73(10):380–1.
78. HAS. Commission de transparence : phloroglucinol-siméticone. 2017.
79. Chassany O, Bonaz B, Bruley Des Varannes S, et al. Acute exacerbation of pain in irritable bowel syndrome : efficacy of phloroglucinol/trimethylphloroglucinol – a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;25(9):1115–23.
80. Annequin D, Blond S, Bouhassira D, et al. Les douleurs viscérales. *Doul. et Analg*. 1998.
81. HAS. Commission de transparence : Diosmectite. 2018;
82. Lecuyer M, Cousin T, Monnot M-N, Al E. Efficacy of an activated charcoal-simethicone combination in dyspeptic syndrome : Results of a placebo-controlled prospective study in general practice. *Gastroentérologie Clin Biol*. 2009;33:478–84.
83. Coffin B, Bortolotti C, Bourgeois O, Al E. Efficacy of a simethicone, activated charcoal and magnesium oxide combination (Carbosymag®) in functional dyspepsia : Results of a general practice-based randomized trial. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2011;35:494–9.
84. Jain N, Patel V, Pitchumoni C. Efficacy of activated charcoal in reducing intestinal gas : a double-blind clinical trial. *Am J Gastroenterol*. 1986;81(7):532–5.
85. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BMR, et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome : Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2008;337:1388–92.
86. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1480–91.
87. Ford AC, Quigley EMM, Lacy BE, et al. Efficacy of prebiotics, probiotics, and synbiotics in irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2014;109(10):1547–62.
88. FAO/WHO. Consultation mixte d'experts FAO/OMS sur l'évaluation des propriétés sanitaires et nutritionnelles des probiotiques dans les aliments , y compris le lait en poudre contenant des bactéries lactiques vivantes. 2001;1–34.
89. Baelde D, Brassart D, Corthier G, Doré J. Effets des probiotiques et prébiotiques sur la flore et l'immunité de l'homme adulte. *AFSSA*. 2005;1–128.
90. Ducrotté P, Sawant P, Jayanthi V. Clinical trial : Lactobacillus plantarum 299v (DSM 9843) improves symptoms of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2012;18(30):4012–8.
91. Whorwell PJ, Altringer L, Morel J, Al E. Efficacy of an encapsulated probiotic Bifidobacterium infantis 35624 in women with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(7):1581–90.
92. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Probiotiques et prébiotiques. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 2017.
93. Halpert A, Dalton CB, Palsson O, et al. Irritable bowel syndrome patients' ideal expectations and recent experiences with healthcare providers: A national survey. *Dig Dis Sci*. 2010;55(2):375–83.
94. Lemogne C. Troubles somatoformes. *La Rev du Prat Médecine générale*. 2018;1001:372–3.
95. Manheimer E, Cheng K, Wieland L, et al. Acupuncture for treatment of irritable bowel

- syndrome (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(5):1–129.
96. Stake-Nilsson K, Hultcrantz R, Unge P, Wengström Y. Complementary and alternative medicine used by persons with functional gastrointestinal disorders to alleviate symptom distress. *J Clin Nurs.* 2012;21(5–6):800–8.
  97. Perdrix C, Gocko X, Plotton C. La relation médecin-patient. *Exercer.* 2017;132:187–98.
  98. Fragu P. La relation médecin-patient : Histoire d’une transformation. *Ethique et santé.* 2004;1:26–31.
  99. Lahalle MO. Balint Michaël, Le médecin, son malade et la maladie. *Rev française Sociol.* 1961;2–1:106–8.
  100. Halpert A, Godena E. Irritable bowel syndrome patients’ perspectives on their relationships with healthcare providers. *Scand J Gastroenterol.* 2011;46(7–8):823–30.
  101. Zaffran M. *Le patient et le médecin.* 264 p.
  102. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs. *Rev française Sociol.* 2005;46:443–67.
  103. Coffin B. Douleurs et syndrome de l’intestin irritable: Prise en charge thérapeutique à la lumière des nouvelles pistes physiopathologiques. *Colon and Rectum.* 2007;1(3):184–9.
  104. Vannotti M. L’empathie dans la relation médecin – patient. *Cah Crit thérapie Fam Prat réseaux.* 2002;29:213–37.
  105. Zubiria L, Cyr A. Régime pauvre en FODMAPs pour le syndrome de l’intestin irritable [Internet]. Available from: <https://www.passeportsante.net/fr/Nutrition/Dietes/Fiche.aspx?doc=diete-fodmap>
  106. Liste aide-mémoire des principaux aliments à teneur élevée en FODMAP [Internet]. Available from: [https://www.soscuisine.com/media/pdf/fodmap/liste\\_teneur\\_elevee\\_fodmap.pdf](https://www.soscuisine.com/media/pdf/fodmap/liste_teneur_elevee_fodmap.pdf)
  107. Liste des aliments à faible teneur en glucides fermentescibles (FODMAP) [Internet]. Available from: [https://www.soscuisine.com/media/pdf/fodmap/liste\\_aliments\\_permis\\_fr.pdf#page=1&zoom=auto,-309,623](https://www.soscuisine.com/media/pdf/fodmap/liste_aliments_permis_fr.pdf#page=1&zoom=auto,-309,623)



Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

**NOM : LEVAUX**

**PRÉNOM : Alice**

**Titre de Thèse :**

**PRISE EN CHARGE DES TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX EN MÉDECINE DE VILLE :  
ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LOIRE-ATLANTIQUE**

---

## **RÉSUMÉ**

**INTRODUCTION :** Les troubles fonctionnels intestinaux sont fréquents en médecine générale. Le traitement n'est pas standardisé malgré l'existence de critères diagnostiques et de conseils de pratique. L'objectif de notre travail est de préciser l'approche et le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de cette pathologie.

**MATÉRIELS ET MÉTHODES :** Notre étude qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de médecins généralistes en Loire-Atlantique, et a permis d'isoler et d'analyser des thèmes récurrents.

**RÉSULTATS :** 11 médecins généralistes ont participé à notre étude. Les entretiens ont eu lieu de Décembre 2017 à Juin 2018. Concernant le diagnostic, les médecins n'ont pas rapporté de difficultés majeures. Ils prescrivent tous des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic et le gastroentérologue apparaît comme le spécialiste de choix dans notre étude. Cependant, bien que les traitements médicamenteux symptomatiques ne posent pas de problèmes aux médecins interrogés, le caractère multifactoriel et chronique des troubles fonctionnels intestinaux rend la prise en charge complexe. En effet, la récurrence de ces troubles semble liée à l'alimentation, au mode de vie, au profil particulier des patients et à ses attentes ainsi qu'à l'impact négatif sur sa qualité de vie. De plus, les médecins ont reconnu des lacunes à propos des nouvelles thérapeutiques proposées que sont les régimes pauvres en FODMAPs et les probiotiques. Finalement, les patients sont fréquemment déçus de la médecine conventionnelle et se tournent alors vers des thérapeutiques dites « alternatives ». C'est pourquoi tous les médecins de notre étude ont souligné l'importance de l'éducation thérapeutique et d'une bonne relation médecin-patient, en insistant sur le fait qu'ils manquaient de temps en consultation pour avoir une prise en charge de qualité.

**CONCLUSION :** Des consultations dédiées de pathologie complexe pourraient permettre une prise en charge plus globale et de qualité des patients souffrant de TFI. D'autres études sur l'éducation thérapeutique et la prise en charge nutritionnelle des troubles fonctionnels intestinaux auprès de médecins spécialisés pourraient venir corroborer nos observations.

---

## **MOTS-CLES**

Troubles fonctionnels intestinaux, Prise en charge, FODMAPs, Probiotiques, Médecins généralistes,  
Etude qualitative, Entretiens semi-directifs