

Les antidépresseurs dans le cadre du traitement du syndrome de l'intestin irritable : état des lieux des connaissances et identification des freins et leviers à la prescription en médecine générale

Travail de fin d'étude en vue de l'obtention du Master de Spécialisation en Médecine
Générale

Année académique 2023-2024

Auteur : Pauline Deleuze

Promoteur : DUMG de l'Uliège

Tuteur : Anne-Marie Tuttino

Table des matières

Remerciements.....	4
Choix du sujet.....	5
Abréviations.....	6
Résumé.....	7
1. Introduction.....	8
1.1. Définition et épidémiologie.....	8
1.2. Mise au point diagnostique.....	9
1.3. Prise en charge.....	10
1.3.1. Les antidépresseurs dans la prise en charge du SII.....	10
1.4. Zoom sur la médecine générale et données de santé publique.....	11
2. Matériel et méthode.....	13
2.1. Question de recherche.....	13
2.2. Type d'analyse.....	13
2.3. Recrutement des participants.....	13
2.4. Déroulement des entretiens.....	14
2.5. Analyse des données.....	14
2.6. Ethique et réglementations.....	15
3. Résultats.....	16
3.1. Caractéristiques des participants.....	16
3.2. Expérience des MG.....	17
3.3. De la symptomatologie à la démarche diagnostique.....	17
3.3.1. Symptômes fréquents.....	17
3.3.2. Investigations de base.....	18
3.3.3. Diagnostic d'exclusion vs diagnostic affirmatif.....	19
3.3.4. Référence vers spécialiste et examens complémentaires.....	19
3.3.5. Red flags.....	20
3.4. Ressenti et place des MG face à cette pathologie.....	20
3.5. Traitements.....	21
3.5.1. Traitements initiés en première intention en fonction de la symptomatologie.....	21
3.5.2. Zoom sur les antidépresseurs.....	22
3.6. Effets positifs attendus des AD pour les patients porteurs de SII.....	24
3.7. Limites et freins à la prescription d'AD dans le SII.....	25
3.7.1. Réaction du patient et du monde médical.....	25

3.7.2. Effets secondaires des AD et interactions médicamenteuses	26
3.7.3. Méconnaissance du sujet	26
3.7.4. Accoutumance/durée du traitement/nécessité de sevrage.....	26
3.7.5. Polymédication	27
4. Discussion.....	28
4.1. Forces et faiblesses de l'étude.....	28
4.2. Rappels des résultats.....	29
4.3. Discussion des résultats.....	30
4.3.1. Expérience des MG.....	30
4.3.2. De la symptomatologie au diagnostic	31
4.3.3. Ressenti des MG face aux patients atteints de SII	33
4.3.4. Traitements.....	34
4.3.5. Effets positifs des AD attendus pour les patients atteints de SII	35
4.3.6. Limites et freins à la prescription d'AD dans le SII	36
4.4. Perspectives.....	36
5. Conclusion	37
Bibliographie.....	39
Annexes	42
Annexe 1 : Echelle de Bristol sur la consistance des selles.....	42
Annexe 2 : prise en charge thérapeutique détaillées.....	42
• Prise en charge du SII-C	42
• Prise en charge du SII-D.....	43
• Prise en charge SII composante mixte avec douleurs et ballonnements	44
Annexe 3 : guide d'entretien semi dirigé.....	45
Annexe 4 : décision du GEIMG	46
Annexe 5 : retranscriptions des entretiens	47

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu dans la réalisation de ce projet de fin d'étude, qui ont été impliquées de près ou de loin.

Merci à l'équipe du centre Vivasso, pour leur temps et leurs précieux conseils tout au long de cette dernière année.

Merci à mes anciens maitres de stage et co-assistants pour le soutien et l'apprentissage effectué à leurs côtés.

Jorick, pour ton soutien et tes encouragements au quotidien depuis toutes ces années.

Mes parents et ma famille pour l'aide, le soutien et les nombreuses relectures.

Un grand merci à tous les médecins ayant pris le temps pour la réalisation de ces entretiens, sans lesquels ce travail n'aurait jamais vu le jour.

Choix du sujet

Le choix de ce sujet m'est venu lorsque je lisais le courrier de ma maitre de stage. Il s'agissait d'une patiente âgée d'une trentaine d'années qui avait consulté un gastro-entérologue pour des douleurs abdominales chroniques. Le bilan initial réalisé auprès de ma maitre de stage était rassurant. Dans la conclusion du courrier, le spécialiste avait indiqué comme diagnostic un syndrome du côlon irritable et avait prescrit en fin de consultation un antidépresseur tricyclique. Voyant cette proposition de traitement, je me suis alors posé la question de savoir pourquoi ce type de traitement, quels étaient les mécanismes d'action et quand le prescrire. J'en ai parlé auprès de mes collègues, certains d'entre eux semblaient au courant de ce type de traitement dans le cadre de cette pathologie, tandis que pour d'autres, c'était une nouveauté.

La patiente est ensuite venue me voir en consultation quelques semaines plus tard pour faire le point sur sa consultation avec le spécialiste et la persistance de ses douleurs abdominales chroniques. Nous avons abordé le traitement qu'il avait instauré et elle m'a précisé qu'elle ne l'avait pas encore commencé, qu'elle avait peur parce que c'étaient des antidépresseurs et qu'elle ne se sentait pas dépressive pour autant. Elle ne comprenait pas non plus en quoi cela pourrait l'aider pour ses douleurs abdominales.

J'ai donc discuté avec elle, et après avoir examiné ses craintes concernant la prescription de ce tricyclique, nous avons décidé de tenter malgré tout un essai de traitement. C'est donc à la suite de ce cheminement que plusieurs questions par rapport à la prescription d'antidépresseurs dans le syndrome de l'intestin irritable ont émergé. Nous en avons discuté lors de la réunion mensuelle avec l'équipe où je travaille, et cela a suscité certaines réactions de leur part. Certains de mes collègues m'ont confié ne pas se sentir à l'aise avec ce type de prescription et donc ne le faisaient jamais, bien qu'ils avaient pourtant l'impression de tourner en rond en ce qui concerne la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable. C'est ainsi que j'ai décidé de faire mon travail de fin d'étude sur cette pathologie et ce type de prise en charge médicamenteuse.

Abréviations

SII : Syndrome de l'intestin irritable

TF : Trouble fonctionnel

MG : Médecin généraliste

AD : Antidépresseur

SII-C : SII avec constipation prédominante

SII-D : SII avec diarrhée prédominante

SII-M : SII avec un transit intestinal mixte

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

MICI : Maladie chronique inflammatoire de l'intestin

SSRI : Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

SNRI : Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors

TFE : Travail de fin d'étude

GEIMG : Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale

FODMAP : Fermentable oligo-, di-, monosaccharides and polyols (dérivé de l'anglais)

CRP : C-reactive protein

ACG : American College of Gastroenterology

Résumé

Introduction : Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un trouble fonctionnel (TF) intestinal fréquemment rencontré en médecine générale (MG). Il est prévalent dans la population belge et dans le monde entier. Il se définit actuellement par les critères de Rome IV. En ce qui concerne la prise en charge de ce SII, après un essai des traitements de première ligne, on retrouve notamment les antidépresseurs (AD) en seconde ligne. Les AD les plus étudiés dans le SII sont les tricycliques. Cependant, des données ont montré qu'ils n'étaient pas prescrit fréquemment dans cette pathologie. Le but de ce travail est donc d'évaluer auprès de MG, leurs freins et leviers à la prescription d'AD dans le SII.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative effectuée sur base d'entretiens semi-dirigés auprès de 9 médecins généralistes, titulaires ou en formation en Wallonie. L'analyse des données a été faite selon le mode thématique de contenu.

Résultats : Les MG interrogés évoquent une prévalence entre 5% et 20% dans leur patientèle. Les symptômes fréquemment décrits sont douleurs abdominales, diarrhées, constipation, ballonnement notamment. Des comorbidités telles que l'anxiété et le stress sont évoquées comme fréquemment associées avec le SII. Comme traitement de première ligne, ils s'accordent notamment sur les spasmolytiques, les laxatifs, les constipants et les probiotiques. En ce qui concerne les AD, peu en prescrivent en deuxième ligne dans le SII. Les avis divergent quant à la molécule à prescrire dans le cadre du SII. Les moteurs à la prescription identifiés sont une amélioration de la qualité de vie des patients, une rémission prolongée des symptômes et un soulagement de l'anxiété et du stress fréquemment associés. Les freins décrits sont la crainte de stigmatisation et le ressenti du patient face à ce traitement, les effets secondaires et les interactions médicamenteuses, la polymédication, la méconnaissance du sujet, la durée de traitement et la nécessité d'un sevrage à l'arrêt.

Discussion et conclusion : Les résultats récoltés ont été mis en rapport avec la littérature. Les AD ne sont pas une arme thérapeutique fréquemment proposée en MG dans le SII mais ils ont fait leurs preuves dans l'amélioration de la qualité de vie des patients. Des outils et des fiches informatives à destination des MG pourraient permettre d'atténuer leurs craintes de prescription.

Mots-clés : irritable bowel syndrome – treatment – primary care – antidepressant

1. Introduction

Les troubles fonctionnels (TF) sont définis comme une symptomatologie physique sans cause organique sous-jacente et qui sont présents durant au moins 3 mois. (1) Ceux-ci sont fréquemment rencontrés en médecine générale. On estime que 3 à 10% des adultes consultant un médecin généraliste régulièrement présentent un TF. (2) Le médecin généraliste (MG) a donc une place centrale dans l'identification de ces TF, c'est notamment là que les plaintes relatives au TF sont souvent présentées pour la première fois.

1.1. Définition et épidémiologie

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un TF intestinal très fréquent. La prévalence du SII dans le monde est de 4,1% mais varie selon les pays et selon les critères utilisés pour le diagnostic (les critères de Rome III étant moins restrictifs que les derniers critères de Rome IV). (3,4) La prévalence dans la population Belge est de 5,5 %. (5) Le diagnostic est plus fréquemment posé entre 30 et 40 ans et concerne plus fréquemment les femmes. (4)

Il s'agit d'un trouble gastro-intestinal fonctionnel se caractérisant par des douleurs abdominales chroniques et/ou un transit altéré. (6) Pour poser le diagnostic, des critères de Rome, révisés à plusieurs reprises, ont été établis. (7) Les derniers en date, les critères de Rome IV publiés en 2016, ont été définis et caractérisent le SII comme :

« Une douleur abdominale récurrente, en moyenne au moins 1 jour/semaine durant les 3 derniers mois, avec une symptomatologie durant depuis au minimum 6 mois, associée à au moins 2 des critères suivants :

- Douleurs associées à la défécation
- Changement dans la fréquences des selles
- Changement dans la consistance des selles »

On distingue également une sous-classification dans le SII, qui se base sur l'échelle de Bristol (de consistance des selles) (Annexe 1). Lors de l'utilisation de cette échelle, il est important de s'assurer que le patient ne prend aucun traitement susceptible de modifier la consistance des selles.

On distingue donc :

- SII avec constipation prédominante (SII-C)
- SII avec diarrhée prédominante (SII-D)
- SII avec un transit intestinal mixte (SII-M) : plus d'un quart du temps diarrhée et plus d'un quart du temps constipation.
- SII sans classification : pour les patients qui rencontrent les critères du SII mais qui ne peuvent pas être placés dans une des 3 catégories ci-dessus.

1.2. Mise au point diagnostique

Il n'y a pas de test spécifique pour le SII. L'anamnèse et l'examen clinique sont donc importants. Chez les personnes répondant aux critères de Rome IV, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) a élaboré des recommandations en 2017 et préconise la réalisation d'une prise de sang pour exclure d'autres diagnostics tels qu'une maladie chronique inflammatoire de l'intestin (MICI) ou une maladie cœliaque. (8) Le consensus Belge sur le SII recommande en plus, le dosage de la calprotectine et de l'hémoglobine dans les selles d'une manière générale. (9)

Les autres examens complémentaires ne sont pas recommandés d'emblée en l'absence de « red flags » qui sont entre autres : une perte de poids, des rectorragies, une majoration de la calprotectine dans les selles avec un syndrome inflammatoire biologique, une anémie ferriprive, des diarrhées nocturnes, des changements récents dans le transit chez les personnes de plus de 45 ans, des antécédents familiaux de cancer colo-rectal, de MICI ou de maladie cœliaque. (4,9)

En l'absence de ces signes d'alarme, il n'est pas recommandé de réaliser un examen endoscopique chez les patients jeunes (moins de 50 ans dans les recommandations européennes et moins de 45 ans dans les recommandations américaines). (10,11)

Le diagnostic du SII n'est donc pas un diagnostic d'exclusion, mais les recommandations vont actuellement plutôt dans le sens d'un diagnostic positif et donc affirmatif, en présence des critères de ROME IV chez les personnes âgées de 18 à 50 ans, avec un bilan biologique limité décrit précédemment et en l'absence de signes d'alarme. Cela permet un gain de temps entre

le moment du diagnostic et l'initiation du traitement et cela permet également de limiter les coûts d'examens complémentaires pour le patient et la sécurité sociale. (4,9,11)

1.3. Prise en charge

La prise en charge de ce SII peut s'avérer difficile car dépendante de la plainte prédominante dans la symptomatologie du patient. Il est important donc d'adapter le traitement en fonction des symptômes les plus inconfortants pour le patient. (12)

Les patients remarquent souvent un lien entre la symptomatologie de leur SII et l'ingestion d'aliments, il y a donc certaines règles hygiéno-diététiques importantes à indiquer aux patients : fractionner les repas, boire assez d'eau et manger suffisamment de fibres. (4)

Ci-dessous, un tableau résumé reprenant les différentes possibilités et recommandations de prise en charge du SII selon les symptômes prédominants. Ces différents traitements sont détaillés plus précisément en ANNEXE 2.

Tableau 1 : tableau de résumé de prise en charge thérapeutique du SII

Traitement	Douleur abdominale	Diarrhée	Constipation	Ballonnements
1 ^{ère} ligne	Spasmolytiques	Lopéramide	Fibres solubles	Spasmolytiques
		Probiotiques	Laxatifs osmotiques	Probiotiques
		Régime pauvre en FODMAPs		Régime pauvre en FODMAPs
2 ^{ème} ligne	Antidépresseurs	Colestyramine	Linacotide	Rifaximine
	Psychothérapies		Prucalopride	
Non recommandé	Opiacés	Mésalazine		

Source : Latour P, Louis E. La colopathie fonctionnelle : toujours d'actualité ? Rev Médicale Liège. 2023;78(5-6):356-62.

1.3.1. Les antidépresseurs dans la prise en charge du SII

En 2^{ème} ligne de traitement, après avoir essayé les antispasmodiques pour soulager les symptômes douloureux et de ballonnement, on retrouve notamment les antidépresseurs (AD). (12) Le premier choix d'antidépresseur dans le cadre du SII se porte sur les tricycliques

tels que l'Amitryptiline et l'Imipramine. Ceux-ci agissent sur la composante douloureuse, ainsi que sur les éventuels troubles du sommeil et peuvent entraîner une constipation. Pour cette dernière raison, ils seront également conseillés dans les formes à prédominance diarrhéiques (SII-D). (8,12,13)

Les Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) peuvent être utilisés pour soulager les symptômes du SII mais seront conseillés de préférence pour les patients présentant des comorbidités de type anxiété et donc dont la douleur n'est pas le symptôme prédominant. Chez certains patients, ceux-ci induisent des diarrhées comme effet secondaire et seront donc à privilégier chez les patients SII-C. (4,9,10,13) Les données sur les Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors (SNRI) sont assez faibles, vu le peu d'études sur les patients atteints du SII.

Dans une étude publiée en 2019, il a été démontré que les antalgiques et les spasmolytiques (traitements de 1ère ligne) ne soulageaient que respectivement 69% et 75% des patients. (5) Dans cette même étude, on ne retrouve que 4% des personnes souffrant de SII sous traitement antidépresseur (traitement de 2ème ligne). (5) Il existe donc, dans cette étude, un certain pourcentage de la population atteinte de SII, non soulagé par les traitements de 1ère ligne, qui pourrait être traité par antidépresseurs et qui n'en bénéficie pas.

1.4. Zoom sur la médecine générale et données de santé publique

Le SII est une pathologie qui a des répercussions sur la santé publique. La prévalence est élevée, les patients consultent fréquemment leur MG, la pathologie a un impact négatif sur la qualité de vie du patient et est responsable d'absentéisme au travail. Le coût des soins de santé s'en trouve donc impacté. (14) Malgré une recherche approfondie, la collecte de données belges a été infructueuse. Une étude récente des coûts directs du SII au Royaume-Uni a été publiée en 2022. (15) Celle-ci démontre que les coûts directs annuels moyens pour un patient atteint du SII était de 556.65£ (ce qui équivaut, selon le taux de change actuel à 653.97€). Ceci représente, selon la prévalence du SII dans ce pays, 0.7% du budget soins de santé de l'année 2019/2020 du Royaume-Uni.

Dans cette optique, il est important de traiter et d'optimiser la prise en charge de cette pathologie en médecine générale car c'est un problème qui est prévalent, coûteux pour la société et très souvent chronique.

Comme présenté ci-dessus, les antidépresseurs sont l'une des armes thérapeutiques que le MG possède afin de soulager au mieux le patient et d'améliorer sa qualité de vie, lorsque les spasmolytiques et autres antalgiques s'avèrent inefficaces.

L'objectif de ce travail de fin d'étude (TFE) est donc d'évaluer ce qui pousse, ou au contraire, ce qui freine les MG à prescrire des antidépresseurs dans le cadre du SII. Par le biais d'entretiens semi-dirigés avec certains d'entre eux, je souhaite partir de leurs connaissances de base sur le SII, et ensuite sonder leurs connaissances et leurs habitudes de pratique sur le sujet des AD. Je souhaite alors émettre des hypothèses qui permettront de mieux comprendre les habitudes de prescription des MG, leurs hésitations et leurs réserves.

2. Matériel et méthode

2.1. Question de recherche

Cette question de recherche a été élaborée selon la méthode PICO.

- P (pour qui ou quel problème ?) : Les médecins généralistes
- I (quelle intervention ?) : La prescription d'antidépresseurs dans le cadre du SII
- C (comparaison ?) : Pas de prescription des AD en seconde ligne de traitement
- O (pour quel objectif ?) : mettre en évidence les freins et leviers de la prescription d'antidépresseurs dans le cadre du SII

La question de recherche a donc été créée comme ceci : « Quels sont les freins et leviers à la prescriptions d'antidépresseurs en médecine générale chez les patients porteurs du syndrome de l'intestin irritable ? »

2.2. Type d'analyse

Il s'agit d'une étude qualitative effectuée à la suite d'une revue non-systématique de la littérature. Le but de cette recherche dans cet axe d'étude est de pouvoir soulever et discuter de ce qui bloque les MG à prescrire des AD, les freins à l'application des recommandations de bonnes pratiques, en tenant compte de la réalité du terrain. Ce type d'étude semble alors le plus adéquat pour traiter ce sujet.

2.3. Recrutement des participants

Le recrutement des participants s'est fait sur base volontaire des médecins généralistes titulaires ou en formation. Certains ont été contactés directement par voie téléphonique, d'autres par le bouche à oreille via les collègues médecins et assistants, et d'autres encore ont répondu présents par mail via des groupes de GLEM. Après leur accord par courrier électronique ou par voie téléphonique, les médecins ont reçu le consentement ainsi qu'une explication détaillée du projet, accompagnée d'informations sur le déroulement des entretiens. Neuf médecins ont marqué leur accord pour participer au projet. Les assistants ont été inclus dans l'échantillon afin d'obtenir une vision aussi large et hétérogène que possible en termes de connaissances pratiques et théoriques sur le sujet.

Quelques questions leur ont été posées pour vérifier leurs critères d'éligibilité : médecin généraliste titulaire ou en formation, exerçant en Wallonie, homme ou femme, et avoir déjà rencontré des patients atteints du syndrome de l'intestin irritable.

2.4. Déroulement des entretiens

Le projet de recherche se compose d'entretiens semi-dirigés, en face-à-face individuel, avec les MG. Les entretiens semi-dirigés ont eu lieu au cabinet médical, en dehors du contexte de consultation classique, dans un cadre sécurisé et calme. Avant chaque entretien, les participants ont été invités à signer la fiche de consentement éclairé et ont bien été informés qu'ils pouvaient se retirer à n'importe quel moment du projet.

Des questions ont été posées et les participants ont été libres d'y répondre, sans jugement. Les données ont été récoltées du 01/01/2024 au 29/02/2024.

L'entretien semi-dirigé s'est appuyé sur un guide d'entretien rédigé à l'avance (ANNEXE 3) et les questions ont parfois été adaptées en fonction des réponses des participants dans les entretiens.

2.5. Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée selon une analyse thématique de contenu, horizontale. Des thèmes ont donc été dégagés des entretiens. Le codage des verbatims dans les entretiens s'est fait de manière manuscrite. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que les thèmes principaux soient dégagés et que rien de nouveau ne soit rapporté dans les entretiens.

Les médecins participant au projet, ont été renommés par numéro de 1 à 9, afin de respecter leur anonymat.

2.6. Ethique et réglementations

Les MG acceptant de participer au projet ont été informés par le formulaire de consentement et ont été invités à le signer, marquant leur accord pour participer à l'étude.

Les entretiens et les données ont été recueillis par des enregistrements vocaux. Ces enregistrements sont stockés sur une clé USB. Ils ont ensuite été retranscrits sur ordinateur, en anonymisant les données. L'anonymisation des données a été assurée en ne transcrivant aucun nom ni prénom, ni aucun moyen d'identification corporelle. L'âge des participants n'est pas mentionné, mais plutôt leur ancienneté de pratique de la médecine générale. Le lieu d'exercice professionnel du médecin a été anonymisé en les regroupant par zones géographiques de pratiques.

Les enregistrements seront effacés de la clé USB une fois l'entièreté du travail validé par l'université, afin d'assurer la protection des données des participants conformément au RGPD.

Avant de commencer les entretiens, une demande a été introduite auprès du Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG). À l'unanimité, le 10/12/2023, le GEIMG a décidé que ce travail ne nécessitait pas de passer devant le comité d'Éthique de l'Université de Liège (confirmation d'approbation en ANNEXE 4).

3. Résultats

Les différents entretiens réalisés sont joints en Annexe 5 de ce travail. Le codage des verbatims a été réalisé de manière manuscrite et ne se retrouve donc pas dans cette annexe.

3.1. Caractéristiques des participants

Tableau 2 : caractéristiques des médecins interrogés

	Sexe	Années de pratique	Type de pratique	Zone de pratique
MG1	Féminin	5 mois	De groupe pluridisciplinaire à l'acte	Semi-rural
MG2	Féminin	3 ans	De groupe pluridisciplinaire à l'acte	Rural
MG3	Féminin	1 an	De groupe monodisciplinaire à l'acte	Rural
MG4	Féminin	10 ans	De groupe monodisciplinaire à l'acte	Rural
MG5	Masculin	3 ans	De groupe pluridisciplinaire à l'acte	Semi-rural
MG6	Masculin	25 ans	De groupe monodisciplinaire à l'acte	Semi-rural
MG7	Féminin	34 ans	De groupe pluridisciplinaire à l'acte	Rural
MG8	Féminin	14 ans	De groupe pluridisciplinaire à l'acte	Rural
MG9	Féminin	7 ans	De groupe pluridisciplinaire à l'acte	Rural

3.2. Expérience des MG

Les médecins interrogés décrivent un nombre variable de patients atteints du SII dans leur patientèle. Ils estiment globalement la proportion de patients atteints dans leur pratique entre 5 et 20%.

MG1 : « Je dirais euh sur toute la patientèle euh je dirais entre 10 et 15% »

MG5 : « Dans ma patientèle... je dirais quand même facilement hum, 1 sur 5 ou un 1 sur 6 je crois »

MG8 : « Je dirais 5% »

2 des médecins interrogés trouvent également une différence en termes de genre, avec une majorité de femmes atteintes.

3.3. De la symptomatologie à la démarche diagnostique

3.3.1. Symptômes fréquents

Les symptômes cités qui reviennent fréquemment sont notamment : des douleurs abdominales, un ballonnement, des diarrhées, constipation ou une alternance des deux. Certains décrivent également un pyrosis occasionnel, une perte d'appétit et des nausées.

MG2 : « (...) souvent le ballonnement, la sensation de pesanteur au niveau abdominal, les troubles du transit, des crampes, crampes abdos parfois il y a quand même des nausées mais c'est plus rare c'est surtout ouais les douleurs et les troubles du transit. »

MG4 : « C'est souvent ça oui, « j'ai mal au ventre, j'ai pas digéré, j'ai mal à l'estomac », enfin nausées, brûlant un petit peu mais c'est souvent des crampes plus basses et des flatulences. »

MG5 : « Crampes au ventre, ballonnements, pertes d'appétit j'ai parfois aussi. Euh transit qui est parfois diarrhée, parfois constipation en alternance, c'est les principaux que j'ai ouais. »

La notion de chronicité apparaît chez 3 des médecins de l'échantillon également, même si elle n'est pas définie au niveau de la durée chez chacun.

MG1 : « Mais donc moi déjà la chronicité : quand ça dure depuis plus de 3 mois je vais dire. »

MG3 : « Globalement c'est des patients qui ont des douleurs abdominales un peu chroniques (...) »

MG9 : « Et il faut que les symptomatologies durent un certain temps ; si c'est aigu et que ça dure quelques jours et qu'après avec des probiotiques ça va mieux, évidemment on l'exclut.

Plus de la moitié des médecins interrogés indiquent qu'il y a des comorbidités associées au SII et notamment psychologiques, avec une composante anxieuse ressortant majoritairement et la notion de stress. Un des médecin précise également une fragilité plus globale au niveau psychique.

MG1 : « (...) il y a quand même souvent un profil d'anxiété, de stress je pense associé. »

MG3 : « J'ai l'impression qu'au niveau psychique c'est vraiment des gens qui sont anxieux derrière et que ça joue énormément sur leurs symptômes, pas spécialement dépressifs mais vraiment plutôt anxieux. »

3.3.2. Investigations de base

La majorité des médecins interrogés passent par la réalisation d'une prise de sang et d'une coproculture d'emblée afin d'exclure toute autre pathologie sous-jacente comme une maladie cœliaque ou une MICI, entre autres.

MG4 : « (...) je fais quand même une prise de sang complète où j'essaie d'exclure tout ce qui est inflammatoire : ASCA, ANCA, CRP, VS, je demande quand même pour certaines allergies alimentaires comme gluten, lactose aussi. Je fais souvent une coproculture quand même pour voir un petit peu quoi, une calprotectine. »

MG7 : « Maintenant si c'est quelque chose de récurrent qui dure depuis longtemps, là je fais quand même une bio pour euh exclure la maladie cœliaque et maladie de Crohn si vraiment c'est une prédominance de diarrhées. »

3.3.3. Diagnostic d'exclusion vs diagnostic affirmatif

4 des médecins interrogés mentionnent que pour eux le SII est un diagnostic d'exclusion et qu'il faut exclure certaines pathologies avant d'affirmer ce diagnostic.

MG6 : « Donc je fais quand même un diagnostic d'exclusion malgré tout parce que je pense que c'est jamais bien de se prendre dans la vue : « écoutez, vous avez un côlon irritable » et finalement un jour on trouve qu'on a un autre souci. »

1 des médecins interrogés précise qu'il fait quand même une prise de sang mais que si les patients sont soulagés par un spasmolytique, il ne lance pas d'autre examen complémentaire.

MG8 : « Régulièrement si j'ai une bio qui est froide et que j'ai pas de point d'appel au niveau de la vésicule ou quoi que ce soit j'essaye un spasmolytique, et si ça les soulage en général je me dis que je tends vers ça et je ne pousse pas plus loin les investigations. »

3.3.4. Référence vers spécialiste et examens complémentaires

3 des médecins de l'échantillon mentionnent référer chez le gastro-entérologue afin d'exclure d'autres pathologies ou bien afin d'appuyer leur diagnostic et cela en fonction de l'intensité de la symptomatologie, ou bien lorsque les symptômes se chronicisent.

MG4 : « Et puis quand ça revient un peu chronique et qu'on a exclu le reste avec gastro et colonoscopie, je pense qu'à ce moment-là on peut parler de côlon irritable. »

Un des médecins interrogé précise qu'il n'envoie pas en première intention chez les spécialistes, au vu de la fréquence de la pathologie.

MG8 : « Je n'envoie pas d'emblée chez le gastro, parce que sinon on en aurait beaucoup trop à envoyer chez le gastro. »

3.3.5. Red flags

L'âge est décrit chez certains comme un critère de gravité et il permet d'éveiller l'attention sur une autre pathologie sous-jacente. Le seuil d'âge « limite » est différent selon les médecins interrogés et va de 50 à 60 ans. La notion de perte de poids est aussi décrite comme facteur de gravité et peut alors mener à des examens complémentaires.

MG1 : « Euh et quand on a eu une bio qui était rassurante, euh et qu'on a fait éventuellement une gastroscopie, parfois une colono en fonction de l'âge, si c'est quelqu'un de plus âgé pour être sûr qu'il y a pas de pathologie comme un néo ou autre derrière, mais chez les gens, je dirais en dessous de 50 ans, c'est surtout le fait que ce soit chronique et qu'il y ait une prise de sang normale, qu'on ait exclu les MICI quoi. »

MG4 : « (...) s'il y a vraiment une perte de poids, là je cherche quand même un peu plus loin. »

MG7 : « Maintenant, parfois si c'est une personne par exemple qui a euh 60 ans et qu'il n'y a pas eu d'exploration colique, là je la fais peut être revenir d'emblée effectivement. »

3.4. Ressenti et place des MG face à cette pathologie

Certains MG évoquent la difficulté qu'ils ressentent face aux patients atteints de SII lors des consultations, avec un sentiment de frustration décrit lié aux échecs répétés des médications. Il y a également la notion de consultations fréquentes pour les plaintes liées au SII qui est précisée.

MG1 : « Bah parfois je les vois et je me dis, je me demande ce que je vais faire avec donc c'est un petit peu frustrant parfois de pas savoir comment on peut les aider un peu comme dans les douleurs chroniques (...) »

MG3 : « C'est des patients qui nous font sentir un peu en échec parce que du coup ils reviennent tout le temps avec la même plainte. Rien ne fonctionne ou c'est toujours très temporaire »

3.5. Traitements

3.5.1. Traitements initiés en première intention en fonction de la symptomatologie

Dans les différents traitements de première intention décrits, le Spasmomen (Bromure d'Otolinium) ressort chez la majorité des médecins interrogés, surtout dans les formes de SII douloureuses. Le Duspatalin (Mébévérine) est mentionné également à plusieurs reprises. L'usage des probiotiques et des constipants sont décrits également dans les formes à prédominance diarrhéiques. Le régime pauvre en FODMAP (FODMAP : Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides, Polyols) est mentionné à plusieurs reprises comme traitement de première ligne chez certains des médecins. 1 des médecins interrogés mentionne référer vers une psychothérapie en première intention lorsque les patients souffrent de troubles psychologiques associés.

MG1 : « Et euh pour diarrhée bah quand c'est vraiment aigu euh Immodium et sinon bah un peu des probiotiques voilà surtout ça, constipation les macrogols. »

MG2 : « Ben souvent des spasmolytiques, Buscopan, parfois Spasmomen, quand ils ont déjà eu Buscopan je mets alors Spasmomen en disant que c'est plus fort, euh Duspatalin aussi pas mal. »

MG3 : « (...) je leur propose d'essayer tout ce qui est FODMAP et des choses comme ça et puis du coup c'est un peu thérapeutique et diagnostic à la fois je trouve. (...) Si c'est plutôt les crampes ben alors le Spasmomen si c'est plutôt la diarrhée ben donc j'essaye de refaire avec la flore donc ça dépend vraiment de ce avec quoi ils viennent comme plainte principale dans leurs symptômes. »

MG5 : « Euh alors au tout début d'abord donc des règles alimentaires et aussi s'il y a besoin... s'il y a vraiment des gros troubles au niveau psychologique avec une grosse dépression et des grosses angoisses et autres... alors éventuellement une thérapie psy alors ou hypnose, enfin ce qui leur convient. »

Si échec du premier traitement, certains proposent d'autres options thérapeutiques comme la Simalviane (Alvérine et Siméticone), la menthe poivrée, des probiotiques ou encore le Duspatalin (Mébévérine) associé à d'autres molécules dans des préparations magistrales.

MG5 : « Et après si c'est pas suffisant alors soit je passe sur des probiotiques ou tout ce qui est un peu anti spasmodique donc Spasmomen ou Simalviane, c'est les principaux que j'utilise. »

MG6 : « Maintenant parfois c'est vrai que la magistrale peut être intéressante dans laquelle je mets parfois du Sulpriride, qui peut être utile, je mets aussi du charbon de bois je vois un petit peu donc je mets d'habitude de la Mébévérine aussi, l'équivalent du Duspatalin (...) »

MG8 : « Je mets aussi parfois de l'huile de menthe poivrée, ça je sais bien que l'efficacité a été prouvée. C'est surtout ces deux-là. Je crois aussi que dans les probiotiques j'ai déjà essayé le Cerevisia qui a un moment fonctionnait bien, que les gastros mettaient et qui fonctionnait bien chez les patients mais c'est super cher (...) »

3.5.2. Zoom sur les antidépresseurs

3 des médecins interrogés avouent ne pas avoir des connaissances au sujet de la prescription d'antidépresseur dans le cadre du SII.

2 des médecins de l'échantillon précisent avoir déjà instauré un antidépresseur dans le cadre du SII. Les autres mentionnent soit de ne l'avoir jamais fait pour cette pathologie, soit ne le mentionnent pas.

MG6 : « Je l'ai déjà fait mais ça n'arrive pas souvent, je pense que cette conférence c'est il y a 20 ans ou 15-20 ans et euh je pense qu'une fois tous les 2 ans peut-être. »

MG9 : « Je fonctionne plutôt avec des antispasmodiques et des choses du genre mais je n'ai jamais instauré moi un antidépresseur dans ce contexte-là. »

La raison de la prescription d'antidépresseur dans le cadre de cette pathologie varie selon les médecins interrogés mais quatre d'entre eux mentionnent un effet surtout sur les comorbidités type anxiété, stress ou dépression mais pas un effet direct sur le SII.

MG4 : « Après ça m'arrive de temps en temps... quand tu vois que ça ne va vraiment pas et qu'ils commencent à déprimer... ça m'est déjà arrivé de mettre un antidépresseur mais je ne vais pas l'initier parce qu'il a du côlon irritable, je vais l'initier parce que je vois qu'il déprime et cetera »

1 médecin précise que, selon lui, l'effet des antidépresseurs ne passe pas par leur efficacité sur l'effet psychologique direct mais plutôt via une action sur les neurotransmetteurs.

MG1 : « (...) Donc je sais que c'est assez nouveau je sais que donc dans mon cours de gastro nous on nous en a parlé un peu en traitement de dernier recours d'utiliser des antidépresseurs, pas justement pour, de ce qu'on m'avait dit à l'époque hein, pas pour leurs efficacités anti dépressives mais pour le fait que ça jouait sur les euh les récepteurs et les interactions de neurotransmetteurs voilà (...) »

Les avis divergent chez les différents médecins interrogés quant à la classe et à la molécule d'AD qu'ils proposeraient dans le cadre du SII. Dans les SNRI, la Venlafaxine et la Duloxétine sont mentionnées à 2 reprises chacune. En ce qui concerne les SSRI, ils sont mentionnés à 6 reprises avec la Paroxétine et l'Escitalopram ressortant principalement. Le Remergon (Mirtazapine) est mentionné à une reprise, notamment lors de troubles du sommeil associés.

MG2 : « Bah franchement pour cette indication là je ne sais pas, je mettrai le traitement antidépresseur de base qu'on donne pour la dépression ouais j'irai vers les molécules les plus connues ouais je sais pas Venlafaxine, Paroxétine, ce genre de choses mais sans savoir parce que je ne sais pas. »

MG5 : « Ben ça dépend des principaux symptômes qu'il décrit : s'il a des troubles du sommeil et autres alors plus Rémergon un truc ainsi. Si par contre c'est plus sur l'anxiété, le stress, le moral qui est pas bon je partirais alors plus sur un SSRI un truc ainsi. »

MG8 : « Je sais que le Cymbalta était un moment fort mis donc la Duloxétine, dans le cadre de l'intestin irritable. »

MG9 : « Moi je pense que je mettrai, mais sans aucune certitude et sans aucun fondement l'Escidivule, donc l'Escitalopram mais parce que c'est généralement un antidépresseur assez bien toléré. »

3.6. Effets positifs attendus des AD pour les patients porteurs de SII

La majorité des médecins de l'échantillon mentionnent qu'un des bénéfices de mettre un AD dans le cadre du SII serait via une action indirecte par le soulagement des comorbidités type anxiété et stress, menant donc à un changement de vision des choses. Cela permet d'améliorer la qualité de vie des patients et de vivre plus facilement avec la pathologie. La notion de stabilité de la molécule, avec un effet continu est mentionné comme un point fort pour les patients ainsi que la notion de rémission plus longue des symptômes évoqués sous AD.

MG5 : « Ben si on a réussi à traiter un petit peu l'anxiété et autre derrière et qu'il a un quotidien plus facile au niveau du ventre, je suppose et j'espère que ça atténue un peu les plaintes aussi et que ça va permettre de vivre plus facilement avec la pathologie quoi. »

MG6 : « Plutôt la rémission du traitement plus longue, pour ne pas être tout le temps chez nous euh... Une durée plus longue sans devoir prendre des antispasmodiques (...) »

MG8 : « c'est pour se détendre et donc de détendre leurs intestins que c'est bien mieux qu'une benzodiazépine parce qu'il y a moins de risques de dépendance et que ça a un effet plutôt continu et sans haut et sans bas. Donc que ça peut finalement... en diminuant leur niveau de stress on peut diminuer leur niveau de douleur au niveau intestinal. »

MG9 : « (...) ben qu'en traitant leur déséquilibre psychologique, on pourrait du coup jouer sur les symptômes somatiques parce que c'est quand même reconnu, parfois le corps parle à la place de l'esprit chez certains patients. »

2 des médecins de l'échantillon précisent que les AD pourraient avoir un effet direct via l'action sur les neurones, par le biais des neurotransmetteurs, au vu de la richesse de connexions nerveuses de l'intestin.

MG1 : « Et il y aurait probablement aussi un effet au niveau des neurotransmetteurs puisqu'on dit que l'intestin est le 2ème cerveau donc potentiellement avec autant de neurotransmetteurs que dans le cerveau et donc ça me paraît pas fou de se dire qu'on met aussi des antidépresseurs pour soigner les intestins vu que les communications entre neurones se font via les neurotransmetteurs. »

3.7. Limites et freins à la prescription d'AD dans le SII

Suite à la lecture des entretiens, plusieurs freins et limites ont été décrits par les médecins de l'échantillon.

3.7.1. Réaction du patient et du monde médical

Quelques médecins ont évoqué la difficulté à instaurer ce type de traitement, surtout suite à des craintes quant aux réactions des patients. La crainte notamment du rejet complet du traitement par le patient, ainsi que la stigmatisation du patient par le monde médical.

MG1 : « (...) que ça pouvait être une option mais qu'il fallait bien expliquer aux patients qu'on ne lui donnait pas parce qu'il était dépressif, parce que ça pouvait être un frein. »

MG2 : « (...) et après ça peut être stigmatisant aussi pour le reste du monde médical mais plus le monde médical sera au courant s'il y a des bonnes indications moins ce sera stigmatisant (...) »

MG8 : « (...) l'effet péjoratif aussi que ça peut avoir pour les gens aussi parfois donc voilà. »

3.7.2. Effets secondaires des AD et interactions médicamenteuses

La majorité des médecins interrogés mentionne que ce sont les effets secondaires des AD qui les bloquent à en prescrire. Les interactions médicamenteuses entrent aussi en ligne de compte lorsqu'il s'agit de devoir prescrire des AD, en fonction donc du traitement de fond du patient.

MG3 : « (...) et tous les effets secondaires au long terme qu'on connaît. »

MG8 : « Les interactions médicamenteuses, euh le petit effet sédatif (...) »

3.7.3. Méconnaissance du sujet

La formation et les connaissances sur le sujet peuvent être des éléments qui freinent les médecins à prescrire des AD, comme le précisent 2 des médecins interrogés.

MG1 : « (...) parce que c'est vrai qu'on ne nous en a pas parlé beaucoup plus que ça mais je sais que c'est possible. »

MG2 : « (...) je ne me sentrais pas du tout à l'aise de le faire parce que oui je ne sais pas à quel moment on le fait, quelle molécule, les dosages, la posologie... Vraiment. »

3.7.4. Accoutumance/durée du traitement/nécessité de sevrage

L'accoutumance au traitement, la nécessité de traitement au long terme au vu du profil d'action des AD ainsi que la nécessité de sevrage lorsqu'on décide d'arrêter un traitement sont d'autres raisons qui freinent les médecins interrogés.

MG3 : « Les antidépresseurs, on sait que c'est des traitements au long cours. Après le syndrome du côlon irritable c'est chronique et donc ça voudrait dire qu'on mettrait les patients ad vitam sous antidépresseurs parce que si ça fonctionne ils vont jamais l'arrêter (...) »

MG4 : « Et puis bon le fait de mettre des antidépresseurs tout court et l'accoutumance. »

MG5 : « Quand on arrête, il y a aussi un schéma à faire pour éviter un sevrage trop dur. »

3.7.5. Polymédication

Enfin, 2 des médecins mentionnent la polymédication comme étant un frein, le fait de rajouter un traitement à des patients qui en possèdent déjà plusieurs dans leur médication chronique.

MG6 : « (...) peut-être la polymédication. »

MG8 : « : Bah la polymédication déjà ça m'embête de leur mettre beaucoup de médicaments. »

4. Discussion

4.1. Forces et faiblesses de l'étude

Un biais d'échantillonnage doit être mentionné car un nombre plus important de participants aurait pu induire des données plus transposables à la population belge de MG. De plus, malgré le fait d'avoir essayé d'avoir un échantillon de participants le plus hétérogène possible, on ne compte que 2 hommes contre 7 femmes, aucun des médecins ne travaille en mode « solo », et ils proviennent tous d'une zone rurale ou semi-rurale. La représentation des participants de cette étude n'est pas transposable à la population belge et la généralisation doit se faire avec prudence.

On peut également critiquer et mentionner un biais de méthodologie. En effet, il s'agit d'une première étude qualitative et ayant peu d'expérience dans les entretiens semi-dirigés, il pourrait malheureusement y avoir une part de subjectivité dans l'analyse et de naïveté de ma part dans la réalisation des entretiens.

On pourrait enfin mentionner un biais de définition en se demandant si, au moment des entretiens semi-dirigés, les MG avaient pris connaissance de la définition la plus récente du SII et des derniers critères de Rome IV. En effet, cela pourrait avoir une influence sur la prévalence estimée et sur les symptômes décrits par les MG.

Concernant les forces, à ma connaissance, il n'y a pas encore eu ce type d'étude réalisée en Wallonie auprès des MG. C'est donc une étude qui semble pertinente. Le choix du sujet semble également pertinent au vu de sa prévalence en Belgique et auprès de la première ligne de soins.

Le choix de l'étude qualitative afin de répondre à ma question de recherche semble adapté car il s'agit ici d'aller recueillir les impressions, sentiments et habitudes de pratique des MG interrogés. Les entretiens semi-dirigés me semblaient alors la méthode la plus appropriée pour récolter ces données et aller plus en profondeur dans la réflexion.

4.2. Rappels des résultats

Lors des entretiens semi-dirigés effectués, différents thèmes sont ressortis :

- 1) Expérience des généralistes : les médecins interrogés estiment à environ 5 à 20% le nombre de patients atteints de SII dans leur patientèle. Deux d'entre eux ont fait ressortir le fait qu'ils avaient majoritairement des femmes atteintes.
- 2) De la symptomatologie au diagnostic : les symptômes fréquemment évoqués étaient des douleurs abdominales, un ballonnement, des diarrhées, constipation ou une alternance des deux avec une notion de chronicité et une comorbidité anxieuse. Le bilan de base se compose majoritairement d'une prise de sang et d'une analyse de selles. La notion de diagnostic d'exclusion est également ressortie dans les entretiens. Certains MG réfèrent d'emblée chez un gastro-entérologue, d'autres ne le mentionnent pas ou précisent ne pas le faire. Les signes d'alarme auxquels ils mentionnent être attentifs sont l'âge de présentation des symptômes et la perte de poids.
- 3) Ressentis des MG face aux patients atteints de SII : les médecins mentionnent une fréquence augmentée de consultations par rapport aux autres pathologies ainsi que le sentiment de frustration ressenti par certains MG suite aux échecs à répétition des traitements instaurés.
- 4) Traitements : en première intention, la majorité des MG proposent des spasmolytiques associés ou non avec des probiotiques, un régime pauvre en FODMAP est également évoqué ainsi que l'encouragement vers la psychothérapie pour un des MG. En ce qui concerne les AD dans le traitement du SII, certains médecins n'avaient pas connaissance de cette possibilité thérapeutique, seule une minorité en a déjà instauré pour cette pathologie. L'effet attendu est plutôt sur les comorbidités type stress et anxiété et non pas directement au niveau intestinal, sauf pour un des médecins interrogés. En ce qui concerne le type d'AD à prescrire, les avis divergent entre les SSRI, SNRI et le Remergon.
- 5) Effets positifs des AD attendus pour les patients porteurs de SII : un apaisement du stress et de l'anxiété et donc une qualité de vie meilleure, une plus longue rémission ainsi qu'un effet stable sur l'amélioration des symptômes au cours de la prise du traitement sont les effets positifs attendus décrits.

- 6) Limites et freins à la prescription d'AD dans le SII : crainte quant à la réaction et la stigmatisation du patient par ses proches et par le monde médical, effets secondaires des AD ainsi que les interactions médicamenteuses possibles, la méconnaissance de leurs indications dans le SII, la durée assez longue des traitements, la nécessité d'un sevrage à l'arrêt ainsi que la polymédication.

4.3. Discussion des résultats

4.3.1. Expérience des MG

Les médecins généralistes interrogés estiment qu'entre 5 et 20% de leurs patients sont atteints du SII. Cette estimation semble se rapprocher de la prévalence belge. Celle-ci varie assez selon les sources, en fonction des critères diagnostiques utilisés et de la population étudiée. Une étude réalisée en 2019 du United European Gastroenterology Journal a démontré que, selon les critères de Rome IV, la prévalence du SII en Belgique était de 5,5% tandis que 17,6% se proclamaient atteints du SII, sans remplir complètement ces derniers critères. (5)

Une autre étude publiée en 2021 dans le Journal of Gastroenterology s'est penchée sur la prévalence des troubles fonctionnels intestinaux (dont celle du SII) dans plusieurs pays du monde entier. Il est démontré, qu'en utilisant les critères Rome IV, la prévalence moyenne mondiale était estimée à 4,1% tandis que si on utilise les critères Rome III, celle-ci est estimée à 10,1%. Cette différence est liée au fait que les critères de Rome IV impliquent une fréquence de douleurs abdominales d'au moins une fois par semaine tandis que ceux de Rome III ne mentionnent cette douleur que 2 à 3 fois par mois. (3) Les femmes sont également plus touchées que les hommes, que ce soit en utilisant les critères de Rome III ou de Rome IV.

Pour les médecins interrogés qui mentionnent une prévalence allant jusqu'à 20%, on pourrait se poser la question des critères diagnostiques qu'ils utilisent. La notion de biais de définition est pertinente dans ce cas précis.

4.3.2. De la symptomatologie au diagnostic

4.3.2.1. Symptomatologie

La plupart des symptômes décrits dans la littérature ont été décrits par les MG lors des entretiens.

Tableau 3 : Symptômes décrits par les MG et ceux retrouvés dans la littérature (symptômes diagnostiques et ceux associés fréquemment au SII) :

	Décrits par les MG interrogés	Littérature UpToDate + NICE guidelines + EBPNet
<i>Douleurs abdominales chroniques</i>	Oui	Oui
<i>Ballonnements</i>	Oui	Oui
<i>Diarrhées</i>	Oui	Oui
<i>Constipation</i>	Oui	Oui
<i>Nausées</i>	Oui	Oui
<i>Perte d'appétit</i>	Oui	Non
<i>Dyspepsie/Pyrosis</i>	Oui	Oui
<i>Difficultés à l'exonération</i>	Non	Oui
<i>Impériosité</i>	Non	Oui

De nombreuses comorbidités que ce soit physiques ou psychologiques peuvent accompagner le SII. Dans les entretiens, les médecins faisaient majoritairement ressortir un terrain anxieux et une notion de stress psychologique. Les comorbidités somatiques les plus fréquentes associées au SII sont la fibromyalgie (32,5%), les douleurs pelviennes chroniques (35% des femmes atteintes de SII), le syndrome de jonction temporo-mandibulaire (16%) et le syndrome de fatigue chronique (14%). (16)

En ce qui concerne les comorbidités psychiatriques dans le SII, presque 70% des participants d'une étude publiée dans l'American Journal of Gastroenterology en 2021 affirmaient avoir au moins une comorbidité psychiatrique accompagnant leur SII. Il reste cependant flou si ces comorbidités sont une cause ou une conséquence du SII. (17) Dans ces comorbidités

psychiatriques, on retrouve 39% de patients présentant de l'anxiété et 29% présentant des symptômes dépressifs. La sévérité du SII augmente avec le nombre de comorbidités psychiatriques associées. Plus les symptômes du SII sont sévères, plus les patients ont recours aux soins de santé et plus cela a un coût pour la société. (18)

4.3.2.2. *Diagnostic*

En ce qui concerne la démarche diagnostique, aucun des MG n'a mentionné les critères de Rome afin de poser le diagnostic de SII. Ils s'appuient sur la notion de chronicité des symptômes énoncés ci-dessus et sur l'avis du gastro-entérologue pour certains. Une étude systématique datant de 2014 évaluant les perceptions et pratiques des MG dans le cadre du SII mentionne que les critères de Rome sont peu utilisés par les MG pour poser le diagnostic de SII mais qu'ils se basent plutôt sur les symptômes suivants : altération du transit avec douleurs abdominales chroniques. (19) Cela rejoint donc ce qui a été discuté plus haut, en termes de différence entre la prévalence estimée par les MG interrogés et la prévalence effective.

La notion de diagnostic d'exclusion est revenue à plusieurs reprises dans les entretiens. De nombreux MG proposent des investigations d'emblée (dont la colonoscopie) afin d'exclure d'autres pathologies, et cela lié à la crainte de passer à côté d'un diagnostic plus grave ainsi qu'à l'incertitude qui tourne autour de ces symptômes. (19) L'American College of Gastroenterology (ACG) propose aux MG d'aller vers un diagnostic « positif » chez les personnes sans signe d'alarme. Ce type d'approche permet d'initier rapidement un traitement adapté. (11) De plus, le fait que le MG affirme rapidement, dans l'historique de la maladie, le diagnostic de SII, permet de diminuer les demandes futures d'examens complémentaires de la part des patients. Cela mène donc à une meilleure efficacité au niveau des soins de santé. (20)

Tableau 4 : Les investigations de base à réaliser et les investigations plus poussées en fonction des « Red flags », traduit de l'anglais. (10)

Caractéristiques qui doivent inquiéter	Examens complémentaires
<i>Chez tous les patients</i>	Etudes biologiques limitées : - Formule sanguine complète - C-reactive protein (CRP) et calprotectine fécale pour exclure les MICI ou d'autres maladies inflammatoires
<i>Si diarrhée persistante</i> - Dans les zones à fortes prévalences de maladie cœliaque - Symptômes après une gastro-entérite ou un voyage récent dans les zones (sub)tropicales - Ne répondant pas aux traitements recommandés	- Tests sérologiques suivis (si possible) d'endoscopie haute avec biopsies duodénales - Coproculture (culture, recherche de parasites (en fonction de la zone de voyage)) - Breath test (pour exclure une malabsorption des carbohydrates)
<i>Histoire familiale de cancer du colon</i> <i>Perte de poids involontaire</i> <i>Saignements rectaux (pas d'origine anale)</i> <i>Palpation d'une masse abdominale</i>	Colonoscopie avec biopsies coliques
<i>Âge de plus de 50 ans</i>	Colonoscopie

4.3.3. Ressenti des MG face aux patients atteints de SII

Le SII est une pathologie chronique et donc au même titre que les maladies chroniques, le suivi et l'éducation du patient sont importants. Comme c'est une maladie chronique, il y aura des hauts, des bas avec des phases de rémission sur le plan symptomatologique et des phases d'accentuation des symptômes. Les médecins interrogés mentionnaient des consultations fréquentes pour ce même motif ainsi qu'un sentiment de frustration et d'échec lié aux symptômes persistants et aux multiples essais de traitement.

Il est donc important dès la première consultation, d'établir et d'entretenir la relation médecin-malade en étant à l'écoute du patient, en tenant compte de ses croyances, craintes et plaintes principales et cela afin de pouvoir y répondre le plus justement possible. Dans cette optique, un patient qui est rassuré et qui connaît sa pathologie sera plus confortable dans la gestion globale de celle-ci et la relation médecin-malade n'en sera pas mise à mal. (10)

4.3.4. Traitements

Comme déjà discuté dans l'introduction et en complément dans l'annexe 2, les traitements dans le SII vont dépendre du type de SII (SII-C, SII-D, SII-M). Cela ressort notamment dans les entretiens effectués avec les MG : ils évoquent des spasmolytiques la plupart du temps en première intention, associés ou non avec des probiotiques si tendance diarrhéique, avec éventuellement un régime FODMAP. Si tendance SII-C, ils évoquent la possibilité d'utiliser les macrogols. Un des médecins évoque également l'idée d'une psychothérapie. Ces différents traitements étaient bien maîtrisés en première intention chez les MG interrogés.

Quand il y a échec de ce traitement de première ligne, chez les patients porteurs du SII avec tendance douleurs abdominales et ballonnements, les recommandations actuelles vont vers l'essai d'un antidépresseur. Or, certains médecins interrogés n'avaient pas connaissance de cette possibilité thérapeutique tandis que d'autres en avaient connaissance mais n'en avaient jamais instauré. En corrélation avec les entretiens menés auprès des MG, où 2 sur 9 en avaient déjà prescrit, des données ont montré que seulement 10% des médecins généralistes prescrivent des AD dans le SII. (21)

En ce qui concerne l'AD à prescrire, les niveaux de preuves sont les plus forts avec les tricycliques (tels que l'Amitriptyline et Imipramine). Ils agissent en diminuant la douleur viscérale et ont également une action au niveau central (action sur la noradrénaline et sur les récepteurs dopaminergiques). Ils peuvent également diminuer le transit intestinal et donc s'avérer intéressant pour les patients SII-D réfractaires aux traitements de première ligne. Il est conseillé d'initier ce traitement à petites doses (10mg d'Amitriptyline par exemple) et de le poursuivre à la dose minimale efficace afin de minimiser le risque d'effets secondaires. (8,9,11,13,20)

Les données concernant les SSRI sont plus faibles dans le SII que les tricycliques au vu d'un nombre d'études plus limité. Cependant, ils ont également montré une efficacité dans le SII avec une amélioration de la symptomatologie, surtout chez les patients chez qui les ballonnements (plus que les douleurs abdominales) sont les symptômes principaux. De plus, chez les patients présentant une comorbidité anxieuse, les SSRI s'avèrent efficaces sur cet aspect également. (9,13,22) Pour les SNRI, les données dans le SII sont très faibles. Certains partent de l'hypothèse que ceux-ci sont utilisés pour moduler la douleur dans les syndromes douloureux chroniques et pourraient donc être utilisés dans ce cadre-ci. Cependant, encore aucune étude n'a su prouver cela. (9,13)

4.3.5. Effets positifs des AD attendus pour les patients atteints de SII

Pour les médecins interrogés, les effets bénéfiques qu'on peut attendre des AD chez les patients atteints de SII sont une amélioration de la qualité de vie, une rémission plus longue des symptômes et une action sur l'anxiété et les comorbidités psychiatriques.

Une étude récente de 2023, publiée dans le Lancet et évaluant l'Amitriptyline comme traitement de deuxième ligne dans le SII en MG, a prouvé une amélioration des symptômes du SII à 6 mois de traitement (objectif primaire). La plupart des patients ont trouvé les petites doses d'Amitriptyline acceptables et 75% ont adhéré au traitement durant les 6 mois. Cependant, à 6 mois, aucune amélioration sur l'anxiété ou la dépression n'a été démontrée aux doses étudiées. Cela renforce le fait que le bénéfice court-terme attendu des tricycliques et donc de l'Amitriptyline dans le SII vient principalement de son action périphérique sur la douleur viscérale. Ils mentionnent par contre tout de même une amélioration de la symptomatologie anxieuse et dépressive après 12 mois mais ils ne peuvent pas en tirer une conclusion franche au vu de l'échantillon qui s'est vu fortement réduit à 12 mois à cause de la pandémie. (21) Ce serait par contre intéressant de vérifier cela dans une étude future avec un échantillon stable.

4.3.6. Limites et freins à la prescription d'AD dans le SII

Les effets secondaires et interactions des traitements, leur longue période de prescription et de sevrage, la polymédication, la stigmatisation des patients, et la méconnaissance du sujet sont toutes des raisons que les MG interrogés avancent lorsqu'ils évoquent ce qui les freine à prescrire des AD dans le SII.

Une étude transversale datant de 2015 évaluant les croyances et pratiques des MG sur le SII en Italie a également montré que plus de 50% des médecins interrogés étaient d'accord pour dire que les AD tricycliques étaient efficaces dans le SII. Cependant, dans cette étude, seuls 10% en prescrivent fréquemment et 37% de temps en temps. (23) Ils avancent, en hypothèse, la balance risque/bénéfice de ce type de traitement qui peut parfois freiner par les effets secondaires connus tels que la somnolence, la sécheresse buccale, la constipation, les bouffées de chaleur et les palpitations. Ce qui peut également freiner les MG, c'est la croyance de la part des patients selon laquelle leur généraliste leur prescrit ce type de traitement en pensant que c'est une maladie imaginaire, ou encore qu'ils sont dépressifs. (20,23)

Le consensus de la Fondation de Rome recommande l'utilisation des AD tricycliques pour une période de 6 à 12 mois s'ils sont bien tolérés, sans niveau de preuve formel quant à une durée de traitement optimale. Il sera important de limiter la durée du traitement, mais il faudra faire attention à ne pas arrêter trop tôt, au risque d'une rechute rapide au niveau de la symptomatologie douloureuse. (13) Une diminution progressive du traitement est importante pour éviter tout symptôme de sevrage à l'arrêt.

4.4. Perspectives

Les données recueillies ici portent sur le SII en MG et les habitudes de prise en charge, axées principalement sur les AD. En rédigeant ce travail et après avoir examiné plusieurs articles, je me suis posé des questions concernant les enfants et les adolescents. Peut-on déjà parler de SII dans cette tranche d'âge ? Comment le diagnostique-t-on ? Quelle est la prise en charge ? Une autre interrogation m'est venue, me demandant comment les patients atteints du SII réagiraient à la prescription d'antidépresseurs pour cette indication. Quels facteurs pourraient les encourager ou les dissuader ? Cela pourrait, à mon sens, faire l'objet de travaux futurs.

5. Conclusion

Le syndrome de l'intestin irritable est un trouble fonctionnel très fréquemment rencontré en médecine générale et prévalent dans la population belge et dans le monde entier. De plus, il s'agit d'une pathologie qui génère de nombreuses consultations en médecine générale et de nombreux examens complémentaires. C'est donc un enjeu de santé publique.

Le but de ce TFE était de s'intéresser aux habitudes de prescription et de pratique des médecins généralistes, et plus particulièrement à celles des antidépresseurs dans le SII. Des praticiens ont donc été interrogés par le biais d'entretiens semi-dirigés afin de discuter des moteurs qui les poussent à la prescription, ainsi que leurs freins.

En partant de leurs connaissances globales sur le sujet du SII, sur le diagnostic et la prise en charge, beaucoup des médecins interrogés partageaient du principe que le SII était un diagnostic d'exclusion. Ils étaient amenés à réaliser de multiples examens complémentaires et à référer souvent vers les gastro-entérologues pour confirmer ou appuyer leur diagnostic. Dans la littérature, les grandes lignes directrices concernant le SII s'accordent pour dire qu'il est préférable d'opter pour un diagnostic positif (affirmatif d'emblée) plutôt qu'un diagnostic d'exclusion. Cette approche permet d'éviter la réalisation d'examens complémentaires et la prescription de médicaments superflus, invasives et conséquentes pour la santé publique.

En discutant des AD, une grande partie des médecins interrogés ignorait ce type de traitement, tandis que l'autre partie en avait connaissance mais très peu y avaient recours ou les instauraient. Les freins émis par les MG étaient plus nombreux que les leviers. Les craintes étaient, entre autres, une méconnaissance du sujet, les effets secondaires possibles de ces AD, la polymédication et la réaction des patients. Dans les moteurs, les MG espéraient une rémission plus longue des symptômes et une amélioration de la qualité de vie. Ce dernier objectif a été prouvé dans une étude récente de 2023. Il est donc important de considérer ces AD comme une arme thérapeutique de plus dans le SII permettant d'être plus efficient et d'éviter des coûts supplémentaires pour la santé publique.

Pour dissiper ces craintes et obstacles, il pourrait être bénéfique de créer des outils et des guides pratiques à l'intention des médecins généralistes, facilitant ainsi la diffusion d'informations sur la prescription d'antidépresseurs dans le cadre du SII et leur permettant d'approfondir leurs connaissances sur ce sujet. En gagnant en confiance grâce à ces outils, les médecins généralistes pourraient aborder le SII avec plus d'assurance et le considérer davantage comme un diagnostic positif.

Bibliographie

1. Byrne AK, Scantlebury A, Jones K, Doherty L, Torgerson DJ. Communication interventions for medically unexplained symptom conditions in general practice: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Van Der Wouden J, éditeur. PLOS ONE. 14 nov 2022;17(11):e0277538.
2. Verhaak PFM. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. Fam Pract. 23 juin 2006;23(4):414-20.
3. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, et al. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. Gastroenterology. janv 2021;160(1):99-114.e3.
4. Latour P, Louis E. La colopathie fonctionnelle : toujours d'actualité ? Rev Médicale Liège. 2023;78(5-6):356-62.
5. Van Den Houte K, Carbone F, Pannemans J, Corsetti M, Fischler B, Piessevaux H, et al. Prevalence and impact of self-reported irritable bowel symptoms in the general population. United Eur Gastroenterol J. mars 2019;7(2):307-15.
6. Wald A, Talley NJ, Grover S. Clinical manifestations and diagnosis of irritable bowel syndrome in adults. UpToDate. 2022;
7. The Rome Foundation. Diagnostic Criteria Booklet. 2016.
8. NICE Clinical Guidelines. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management. 2017;
9. Kindt S, Louis H, De Schepper H, Arts J, Caenepeel P, De Looze D, et al. Belgian consensus on irritable bowel syndrome. Acta Gastro Enterol Belg. juin 2022;85(2):360-82.
10. Moayyedi P, Mearin F, Azpiroz F, Andresen V, Barbara G, Corsetti M, et al. Irritable bowel syndrome diagnosis and management: A simplified algorithm for clinical practice. United Eur Gastroenterol J. oct 2017;5(6):773-88.
11. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, Chey WD, Keefer LA, Long MD, et al. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. Am J Gastroenterol. janv 2021;116(1):17-44.
12. Wald A, Talley NJ, Grover S. Treatment of irritable bowel syndrome in adults. UpToDate [Internet]. janv 2024; Disponible sur: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-irritable-bowel-syndrome-in-adults?search=irritable&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H13
13. Drossman DA, Tack J, Ford AC, Szigethy E, Törnblom H, Van Oudenhove L. Neuromodulators for Functional Gastrointestinal Disorders (Disorders of Gut–Brain

Interaction): A Rome Foundation Working Team Report. *Gastroenterology*. mars 2018;154(4):1140-1171.e1.

14. Flacco ME, Manzoli L, Giorgio RD, Gasbarrini A, Cicchetti A, Bravi F, et al. Costs of irritable bowel syndrome in European countries with universal healthcare coverage: a meta-analysis.
15. Goodoory VC, Ng CE, Black CJ, Ford AC. Direct healthcare costs of Rome IV or Rome III-defined irritable bowel syndrome in the United Kingdom. *Aliment Pharmacol Ther*. juill 2022;56(1):110-20.
16. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: What are the causes and implications? *Gastroenterology*. avr 2002;122(4):1140-56.
17. Goodoory VC, Mikocka-Walus A, Yiannakou Y, Houghton LA, Black CJ, Ford AC. Impact of Psychological Comorbidity on the Prognosis of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*. juill 2021;116(7):1485-94.
18. Staudacher HM, Black CJ, Teasdale SB, Mikocka-Walus A, Keefer L. Irritable bowel syndrome and mental health comorbidity — approach to multidisciplinary management. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. sept 2023;20(9):582-96.
19. Hungin APS, Molloy-Bland M, Claes R, Heidelbaugh J, Cayley WE, Muris J, et al. Systematic review: the perceptions, diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care - A Rome Foundation Working Team Report. *Aliment Pharmacol Ther*. nov 2014;40(10):1133-45.
20. Sabate JM. Recommandations sur la prise en charge du Syndrome de l'Intestin Irritable (SII).
21. Ford AC, Wright-Hughes A, Alderson SL, Ow PL, Ridd MJ, Foy R, et al. Amitriptyline at Low-Dose and Titrated for Irritable Bowel Syndrome as Second-Line Treatment in primary care (ATLANTIS): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *The Lancet*. nov 2023;402(10414):1773-85.
22. Ford AC, Lacy BE, Harris LA, Quigley EMM, Moayyedi P. Effect of Antidepressants and Psychological Therapies in Irritable Bowel Syndrome: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol*. janv 2019;114(1):21-39.
23. Shivaji UN, Ford AC. Beliefs about management of irritable bowel syndrome in primary care: cross-sectional survey in one locality. *Prim Health Care Res Dev*. mai 2015;16(03):263-9.
24. Shah ED, Kim HM, Schoenfeld P. Efficacy and Tolerability of Guanylate Cyclase-C Agonists for Irritable Bowel Syndrome with Constipation and Chronic Idiopathic Constipation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol*. mars 2018;113(3):329-38.

25. Halmos EP, Power VA, Shepherd SJ, Gibson PR, Muir JG. A Diet Low in FODMAPs Reduces Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology*. janv 2014;146(1):67-75.e5.
26. Slattery SA, Niaz O, Aziz Q, Ford AC, Farmer AD. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of bile acid malabsorption in the irritable bowel syndrome with diarrhoea. *Aliment Pharmacol Ther*. juill 2015;42(1):3-11.
27. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BMR, Foxx-Orenstein AE, Schiller L, Quigley EMM, et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 13 nov 2008;337(nov13 2):a2313-a2313.
28. Black CJ, Thakur ER, Houghton LA, Quigley EMM, Moayyedi P, Ford AC. Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut*. août 2020;69(8):1441-51.

Annexes

Annexe 1 : Echelle de Bristol sur la consistance des selles

Type 1		selles dures en biles d'évacuation difficile
Type 2		selles dures formant une saucisse bosselée
Type 3		selles dures formant une saucisse craquelée
Type 4		selle formant une saucisse lisse
Type 5		selles molles en morceaux à bords nets
Type 6		selles molles en morceaux déchiquetées
Type 7		selles liquides sans morceau solide

Source : Latour P, Louis E. La colopathie fonctionnelle : toujours d'actualité ? Rev Médicale Liège. 2023;78(5-6):356-62.

Annexe 2 : prise en charge thérapeutique détaillées

- Prise en charge du SII-C

Chez les patients atteints du SII avec prédominance de constipation, il est conseillé de commencer par la prise de fibres solubles. Parmi celles-ci, le psyllium et l'ispaghul ont montré leur efficacité. (4,9,12) En effet, elles exercent un effet laxatif en augmentant la teneur en eau des selles et en résistant à la fermentation du côlon. (20)

Lorsque la constipation persiste malgré la prise de fibres solubles, il est recommandé d'utiliser des laxatifs comme le Polyéthylène Glycol (PEG) plutôt que d'autres laxatifs osmotiques en raison de son profil plus sécuritaire en termes d'effets secondaires. Cependant, ce traitement a ses limites car il peut aggraver les douleurs abdominales et les ballonnements. Son utilisation restera donc limitée dans le temps ou sera proposée en association avec d'autres traitements agissant sur ces symptômes. (4,12,20)

Si malgré les mesures précédentes, les patients continuent à présenter des symptômes de constipation, en deuxième ligne de traitement, on dispose en Belgique du Linaclotide (Constella) qui est un agoniste du récepteur guanylate cyclase-C (10–12). Cela entraîne alors

une augmentation de la sécrétion de liquide dans la lumière de l'intestin, une accélération du transit ainsi qu'une modulation des récepteurs viscéraux à la douleur. Celui-ci a été étudié dans le cadre du SII-C et a prouvé son efficacité, sur une durée de 6 semaines de traitement. (24) Son prix, sans remboursement, peut constituer un frein à la prescription dans notre pays actuellement.

- Prise en charge du SII-D

Dans la prise en charge du SII avec prédominance de diarrhées, la première ligne de traitement est souvent le Lopéramide. En raison de son efficacité rapide sur les diarrhées et sa facilité d'obtention en pharmacie, c'est souvent le premier traitement essayé et proposé. Cependant, il n'a pas montré d'efficacité dans l'amélioration des symptômes douloureux et peut induire une constipation. (4,8,9) À cela s'ajoute le régime pauvre en FODMAP qui gagne du terrain et s'avère efficace dans le soulagement du SII, s'il est bien conduit et bien encadré par un diététicien possédant de bonnes connaissances sur le sujet afin d'éviter toute carence à long terme. (11,20,25) Ce régime permet de diminuer les sucres à chaînes courtes dans la lumière intestinale qui ne sont pas digérés et donc fermentescibles, ce qui peut entraîner une diminution des ballonnements, des douleurs et des diarrhées.

L'usage des probiotiques est quant à lui controversé en termes d'efficacité : le Collège Américain de Gastro-entérologie réfute leur efficacité, tandis que la Société Française et le Consensus Belge prônent l'efficacité de certains probiotiques (qui sont peu nombreux) ayant démontré une efficacité dans des études randomisées contre placebo. (4,9,11,20)

En seconde ligne de traitement en cas de diarrhées, l'utilisation de chélateurs de sels biliaires tels que la Cholestyramine (Questran) peut être envisagée, bien que controversée également. Elle peut s'avérer efficace chez les patients présentant une malabsorption des sels biliaires, mais les tests diagnostiques ne sont pas facilement accessibles en routine en Belgique et en Europe. (4,12) Selon une revue systématique avec méta-analyse, plus d'un patient sur 4 atteint du syndrome du côlon irritable avec diarrhée (SII-D) présente une malabsorption des sels biliaires, il est donc évident que les chélateurs seront plus efficaces sur cette population de patients. (26)

- Prise en charge SII composante mixte avec douleurs et ballonnements

En première ligne du traitement médicamenteux, on retrouve les antispasmodiques, dont le plus étudié est le Bromure d'Otilonium (Spasmomen, à la dose recommandée de 40 mg 3 fois par jour). C'est l'antispasmodique qui a démontré le plus d'efficacité en ce qui concerne les ballonnements et les douleurs abdominales. (27) Les autres traitements médicamenteux proposés à l'heure actuelle tels que la menthe poivrée, la Siméthicone et la Mébévérine manquent de données probantes. (9)

En deuxième ligne de traitement, afin de soulager les symptômes douloureux et de ballonnement, on retrouve notamment les antidépresseurs (12). Le premier choix d'antidépresseur dans le cadre du SII se porte sur les antidépresseurs tricycliques tels que l'Amitryptiline et l'Imipramine. Ceux-ci vont agir sur la composante douloureuse, sur les potentiels troubles du sommeil et peuvent entraîner une constipation. Pour cette dernière raison, ils seront également conseillés dans les formes à prédominance diarrhées (SII-D) (8,12,13).

À ces antidépresseurs, la psychothérapie peut également s'ajouter et s'avérer utile. Différentes études ont été réalisées et ont notamment étudié la thérapie cognitivo-comportementale ainsi que l'hypnose. Les études réalisées sont le plus souvent biaisées par les différences de pratiques entre les professionnels, par la prise de médication active durant l'étude, et le nombre de patients par étude est souvent faible. La psychothérapie est néanmoins un traitement comprenant peu de risques et qui, s'il est bien conduit par un professionnel qualifié, peut plaider en faveur de son utilisation seule ou avec un autre traitement pharmacologique. (20,28)

Annexe 3 : guide d'entretien semi dirigé

Questions d'introductions/contexte :

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Etes-vous une femme/homme/non-défini ?
- 3) Dans quel milieu exercez-vous : rural/semi-rural/urbain ?
- 4) Depuis combien de temps exercez-vous ?
- 5) Dans quel type de pratique : Solo/de groupe monodisciplinaire/de groupe pluridisciplinaire ?

Questions générales sur le SII :

- 6) Que savez-vous du syndrome de l'intestin irritable ?
- 7) Pouvez-vous estimer la proportion de patient atteint de SII dans votre patientèle ?
- 8) Quels sont le(s) symptôme(s) que vous voyez le plus souvent ressortir dans le cadre du SII ?
- 9) Comment faites-vous le diagnostic de SII ?
- 10) Pouvez-vous m'expliquer une consultation classique avec un patient SII ?
 - a. Quel traitement instaurez-vous en première ligne ?
 - i. Pourquoi ?
 - b. Que faites-vous si échec de ce traitement ?
 - c. Après combien de temps suggérez-vous que le traitement est considéré comme un échec ?
 - i. Pourquoi ?
- 11) A quelle fréquence êtes-vous amené à voir les patients souffrant de SII en consultation ?
- 12) Comment vivez-vous les consultations de suivi des patients atteints de SII ?

Questions sur le SII et les anti-dépresseurs :

- 13) Quels sont fréquemment les profils de patients porteurs d'un SII ?
- 14) Que savez-vous des antidépresseurs dans le traitement du SII ?
 - a. *Avez-vous déjà instauré un antidépresseur dans ce contexte si oui, lequel ?*
- 15) Dans quelle situation prescririez-vous un antidépresseur ?
 - a. Pourquoi dans certaines situations ?
 - b. Pourquoi pas dans d'autres ?
- 16) Quel(s) antidépresseurs prescririez-vous ?
- 17) Quels sont, selon vous, les bénéfices qu'un patient pourrait retirer d'antidépresseurs dans le cadre de son SII ?
- 18) Avez-vous des remarques ou suggestions sur le sujet, qui n'ont pas été abordées ci-dessus ?

Annexe 4 : décision du GEIMG

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 10/12/2023

ULiège (Vanmeerbeek Marc) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

UCL (Lamy Dominique) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

ULB (Kacelenbogen Nadine) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les avis correspondent à 3 « A », le GEIMG décide que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

« Nous vous invitons à joindre cette décision du GEIMG en annexe de votre TFE. Vous pourrez ainsi attester de votre démarche éthique auprès du jury interuniversitaire »

Annexe 5 : retranscriptions des entretiens

I : Interrogateur

R : Répondant

Entretien semi dirigé médecin 1

I : Alors, donc d'abord c'est des questions un peu ben de contexte tu vois parce que je vais devoir grader les gens donc ben quel âge avez-vous ?

R : 24 ans, j'ai 24 ans

I : Etes-vous une femme, un homme ou autre ?

R : Je suis une femme

I : Dans quel milieu exercez-vous : rural, semi rural, urbain ?

R : Semi rural

I : Depuis combien de temps exercez-vous ?

R : 5 mois

I : Dans quel type de pratique ? Solo, de groupe mono disciplinaire ou de groupe pluridisciplinaire ?

R : Pratique de groupe pluridisciplinaire

I : Donc questions générales alors ici plutôt sur le syndrome de l'intestin irritable : qu'est-ce que tu sais du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Donc je sais que c'est une affection chronique qui est très fréquente qui consiste en des douleurs abdominales chroniques associées à soit de la diarrhée soit de la constipation soit de l'alternance des 2 euh et généralement bah on a exclu toutes les autres maladies type maladie coeliaque, euh gastrite... que c'est quand on a fait un minimum de bilan gastro qui est négatif chez des gens qui ont des douleurs abdo.

I : Ok, c'est ça. Okay et euh est ce que tu saurais estimer la proportion de patients atteints de syndrome de l'intestin irritable ici dans la patientèle ?

R : Euh sur les gens qui se plaignent de douleur abdos ou en général dans toute la patientèle ?

I : En général sur toute la patientèle.

R : Je dirais euh sur toute la patientèle euh je dirais entre 10 et 15%.

I : Et toi tu vois quels symptômes qui ressortent le plus souvent ?

R : Euh des douleurs abdos et de la diarrhée parce que la constipation les gens souvent c'est plus chronique et ils s'en plaignent moins je trouve que plus de la diarrhée des douleurs.

I : Et niveau diagnostic alors toi tu te bases sur quoi pour faire le diagnostic ?

R : Mais donc moi déjà la chronicité : quand ça dure depuis plus depuis plus de 3 mois je vais dire. Euh et quand on a eu une bio qui était rassurante, euh et qu'on a fait éventuellement une gastroscopie, parfois une colono en fonction de l'âge, si c'est quelqu'un de plus âgé pour être sûr qu'il y a pas de pathologie comme un néo ou autre derrière, mais chez les gens , je dirais en dessous de 50 ans, c'est surtout le fait que ce soit chronique et qu'il y ait une prise de sang normale, qu'on ait exclu les MICI quoi.

I : Ouais c'est ça ok. Et euh bah voilà imagine t'es à ton cabinet et tu reçois un patient qui est a un syndrome de l'intestin irritable, ça se passe comment la consult ? Tu sens que c'est un patient qui est quand même assez réceptif ? Il est quoi il est fort plaintif ?

R : Moi je trouve qu'en général c'est quand même des patients fort plaintifs et qui disent qu'en général rien ne va dans les traitements, rien ne les aide, ils ont déjà essayé tout et tout ce qu'on peut leur mettre ça ne va rien changer et euh ils pensent parfois que c'est les gastro qui vont plus les aider que nous et euh ils ont parfois l'impression que nous on est un peu impuissants face à eux et qu'on va pas savoir les aider je trouve.

I : Ouais ok. Et toi quand t'en vois un par exemple pour la première fois tu mets quoi comme traitement ?

R : Moi quand j'en vois un pour la première fois, qu'il a pas de traitement bah donc déjà ça dépend s'il est plus sur le côté diarrhée ou constipation. Pour les douleurs abdos je mets plus souvent du Spasmomen.

I : Et pourquoi ?

R : Parce que c'est celui dont j'ai le plus entendu parler qu'on donnait en chronique puisque je sais que c'est un peu la même chose que le Buscopan mais le Buscopan c'est plus en aigu, tandis que le Spasmomen, on peut plus le donner en chronique dans la douleur abdo donc je mets souvent celui-là, question de ce que j'ai déjà entendu autour de moi. Et euh pour diarrhée bah quand c'est vraiment aigu euh Immodium et sinon bah un peu des probiotiques voilà surtout ça, constipation les macrogols.

I : Et si t'as un échec bah du premier traitement que tu mets, t'envisages quoi ?

R : Ben j'essaie de mettre un autre donc y a la Simalviane il me semble... la menthe poivrée, j'essaie de tester un autre spasmolytique et je les teste tous voilà et puis parfois quand je vois qu'ils sont pas très réceptifs et qu'ils sont demandeurs bah je leur propose éventuellement d'avoir un gastro mais souvent il faut quand même la démarche d'eux-mêmes.

I : T'estimes qu'après combien de temps le traitement de première ligne, de première attention est un échec ?

R : Bah moi souvent je leur dis quand même d'essayer au moins pendant un mois ouais parce que je pense qu'il faut quand même un certain temps de traitement pour voir une différence mais j'ai l'impression que parfois les gens partent défaitistes et donc ça implique déjà qu'il va y avoir un échec de la médication et euh donc je trouve qu'il y a quand même rarement des des bons résultats avec les spasmolytiques et c'est plus le fait que ça évolue en montagne russe et donc y a des moments où ça va mieux on les voit moins et puis quand ça va pas ils reviennent mais j'ai pas l'impression que le traitement lui-même est généralement miraculeux.

I : Ouais, c'est ça. Et du coup bah toi quand tu vois des patients comme ça atteints du syndrome du colon irritable qui reviennent en consult, qui reviennent genre en suivi tu te sens comment ?

R : Bah parfois je les vois et je me dis, je me demande ce que je vais faire avec donc c'est un petit peu frustrant parfois de pas savoir comment on peut les aider un peu comme dans les douleurs chroniques (les fibromyalgiques par exemple) bon c'est on les voit et on dit mince comment je vais comment je vais faire et puis ils disent qu'ils viennent pour autre chose et on est content. Donc un petit peu démuni je dirais et j'essaie de soulager leurs symptômes immédiats mais c'est vrai que souvent euh on n'a pas l'impression de pouvoir les aider et c'est un peu frustrant.

I : C'est ça. Et bah ici plutôt pour parler des patients enfin dans leur profil, tu penses que c'est quoi le profil des patients atteints de syndrome de l'intestin irritable ?

R : J'ai l'impression quand même plus de femmes que d'hommes. Je dirais vers 40-50 ans, femme d'âge moyen euh, il y a quand même souvent un profil d'anxiété, de stress je pense associé. Euh et parfois des gens qui ont autour d'eux des gens qui souffrent du syndrome d'intestin irritable et donc qui en ont plus entendu parler c'est surtout ouais surtout ça.

I : Et d'ailleurs enfin qu'est-ce que tu sais des antidépresseurs dans le cadre du traitement du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Ouais donc je sais que c'est assez nouveau je sais que donc dans mon cours de gastro nous on nous en a parlé un peu en traitement de dernier recours d'utiliser des antidépresseurs, pas justement pour, de ce qu'on m'avait dit à l'époque hein, pas pour leurs efficacités anti dépressives mais pour le fait que ça jouait sur les euh les récepteurs et les interactions de neurotransmetteurs voilà et que ça pouvait être une option mais qu'il fallait bien expliquer aux patients qu'on ne lui donnait pas parce qu'il était dépressif, parce que ça pouvait être un frein. Après niveau résultat je ne sais pas trop et niveau quelle molécule prescrire encore moins parce que c'est vrai qu'on ne nous en a pas parlé beaucoup plus que ça mais je sais que c'est possible.

I : Et du coup t'en as déjà prescrit toi ou pas ?

R : Non moi j'en ai jamais prescrit dans ce cadre-là, non.

I : Et euh c'est ça, et dans quelle situation est ce que t'en prescrirais alors ?

R : Ben j'en prescrirais chez quelqu'un chez qui a déjà eu je dirais, au moins un an d'essai de spasmolytiques différents, euh chez qui on ne s'en sort pas. Je pense que je serais quand même plus apte à le faire chez quelqu'un où je vois qu'il y a quand même un contexte anxieux et probablement un peu dépressif forcément, que chez quelqu'un qui est bien et euh par contre je ne sais pas quelle molécule je mettrais.

I : La prochaine question c'était justement quels antidépresseur tu prescrirais ?

R : Je crois qu'on met les tricycliques mais, mais je ne sais pas comme ça.

I : Euh et quel impact selon toi quels sont les bénéfices qu'un patient pourraient retirer tu vois d'un traitement sous antidépresseurs ?

R : Je pense, mon avis personnel est qu'il y aurait quand même un effet positif sur l'humeur qui jouerait positivement sur le syndrome de l'intestin irritable qui est quand même connu pour être intégré dans un contexte d'anxiété et de stress, je pense que y aurait cet effet-là. Et il y aurait probablement aussi un effet au niveau des neurotransmetteurs puisqu'on dit que l'intestin est le 2ème cerveau donc

potentiellement avec autant de neurotransmetteurs que dans le cerveau et donc ça me paraît pas fou de se dire qu'on met aussi des antidépresseurs pour soigner les intestins vu que les communications entre neurones se font via les neurotransmetteurs. Donc je ne souviens plus la question, c'était ?

I : Oui c'était donc ben quels sont les bénéfices ?

R : Ben je pense que le patient pourrait sentir mieux euh mentalement et euh que ça ait un impact positif mais en plus je crois que ça pourrait avoir potentiellement, si on utilise les bonnes molécules et au bon dosage des effets positifs, sur les syndromes de l'intestin irritable maintenant il faudrait voir les études.

I : Et toi qu'est ce qui te rebutterait enfin qu'est ce qui te freinerait à prescrire ça chez des patients ?

R : La réaction des patients de se dire Ben docteur je suis pas déprimé pourquoi vous voulez mettre un antidépresseur et qu'ils aient un peu une réaction de rejet en disant qu'ils voient bien que nous aussi on a difficile à les soigner qu'ils se disent mon médecin ne sait plus quoi faire avec moi, il met un antidépresseur ils pensent que je suis fou entre guillemets plus la réaction du patient et c'est pour ça que je pense j'aurai plus tendance à le faire chez quelqu'un qui est un peu plus déprimé où il serait peut-être moins fermé à l'idée d'un antidépresseur. Peut-être que s'il y avait des nouveaux antidépresseurs qui avaient moins des « antidépresseur » écrit dessus et imaginons des classes qui sortiraient d'antidépresseurs pour le côlon irritable où il serait écrit vraiment dessus colon irritable/dépression bah peut-être que les patients seraient plus enclins.

I : Et les effets secondaires des anti-dépresseurs c'est quelque chose qui te freinerait ça ou pas ?

R : Oui, Surtout que bah je sais que c'est les tricycliques en partie qu'on peut donner et que ce sont les antidépresseurs avec beaucoup d'effets secondaires donc oui ça me freinerait surtout chez des personnes au-dessus de 60 ans j'aurais du mal à instaurer dans ce cas-là un tricyclique et en dessous bah voilà à voir et puis à voir aussi comment le patient le supporte... J'imagine qu'il y en a beaucoup qui auront peut-être des effets secondaires qui vont les faire arrêter avant de voir peut-être en effet sur l'intestin irritable ?

I : C'est ça...

I : Et sinon est-ce que tu as des remarques ou suggestions sur le sujet, qu'on a pas abordé ?

R : Non bah je trouve que c'est un sujet intéressant je trouve que ce serait chouette éventuellement d'avoir euh un petit guideline ou un petit tableau un peu avec les étapes à suivre et à quel moment instaurer l'antidépresseur. Peut-être l'instaurer même plus vite au final et ne pas attendre 2 ans euh avant de se dire on va peut-être en mettre un, peut-être qu'en en mettant un plus vite directement si les études sont positives en ce sens pourrait aider beaucoup de gens au final et que ça pourrait être en fait en train de première ligne et pas de 3ème ligne.

I : Ben oui, bonne idée, merci.

Entretien semi-dirigé médecin 2

I : Quel âge as-tu ?

R : 26 ans

I : est-ce que t'es un homme, une femme, non-défini ?

R : une femme

I : dans quelle milieu exerces-tu ? rural, semi rural, urbain ?

R : rural

I : Et depuis combien de temps exerces tu ?

R : Bah 2 ans et demi d'assistantat du coup c'est la 3 année

I : Dans quel type de pratique : solo, de groupement disciplinaire, de groupe pluridisciplinaire ?

R : De groupe pluridisciplinaire mais pas une maison médicale donc à l'acte.

I : Et bah du coup dis moi un petit peu que sais-tu du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Bah c'est quelque chose qui est souvent en sous-diagnostiqué qui peut impacter très très fort la qualité de vie des patients. Il y a une composante quand même fort psychologique en plus des composantes organiques c'est souvent (..) on fait beaucoup d'exams avant de tomber sur ce genre de diagnostic j'ai l'impression. Dans l'expérience que j'ai vu que c'est plutôt les femmes quand même maintenant en terme d'âge je sais pas trop c'est quand même assez fréquent et que en fonction des gastro=entérologues on est plus ou moins d'accord sur le diagnostic et sur la prise en charge.

I : Et bah ici dans la patientèle que tu as actuellement, est ce que tu saurais estimer la proportion des patients atteints du syndrome de l'intestin irritable plus ou moins ?

R : Bah étant donné que ça faut pas longtemps que je travaille ici euh... J'en ai vu quand même quelques uns mais en proportion euh je dirais allez quand même enfin je sais pas peut être 10 % maintenant j'ai pas vu tellement de plaintes abdo de ce genre là mais sur celles que j'ai vu je dirais que 50 % j'aurais pu dire que c'était un syndrome de l'intestin irritable.

I : Okay et quel(s) symptôme(s) est ce que tu vois le plus souvent ressortir de ce syndrome intestin irritable ?

R : Hum, Souvent le ballonnement, la sensation de pesanteur au niveau abdominal, les troubles du transit, des crampes, crampes abdos parfois il y a quand même des nausées mais c'est plus rare c'est surtout ouais les douleurs et les troubles du transit.

I : Et toi tu fais comment le diagnostic alors ? enfin pour avoir un diagnostic de syndrome l'intestin irritable, tu fais comment ?

R : Bah j'avoue que ça dépend un peu la personne que j'ai en face de moi donc le syndrome de l'intestin irritable c'est quand même un diagnostic d'exclusion mais il est plus ou moins vite exclu en fonction du patient et de ce qu'il raconte, de ce qui a déjà été fait comme exploration, des traitements qui ont déjà essayé, de l'état émotionnel et de la situation psychologique de la personne mais ouais franchement ça dépend de l'âge aussi plus ils sont âgés plus y a un risque de cancer colorectal et cetera, moins on pense au colon irritable directement. Plus ils sont jeunes, plus il y a un contexte psychologique derrière plus les l'exploration était négative et cetera et donc plus vite je pense à ça.

I : Et niveau exploration tu dis, tu fais quoi comme exploration ? Si tu dois en faire

R : Hum si je dois en faire bah si c'est la première fois que je vois la personne qu'elle me parle de trouble du transit qui dure, je fais quand même une petite prise de sang pour exclure les autres causes

notamment la thyroïde parfois une analyse de selles pour exclure vraiment quelque chose surtout si y a du sang ou des glaires mais c'est quand même plus rare donc je commence par ça euh après... Et puis j'essaye un traitement symptomatique et si vraiment y a quelque chose qui m'inquiète je passe à une écho ou un scan mais c'est quand même plus rare

I : C'est ça, et quand tu dis traitement symptomatique, c'est quoi les traitements que tu mets en première ligne ?

R : Ben souvent des spasmolytiques, Buscopan, parfois Spamomen, quand ils ont déjà eu Buscopan je mets alors Spasmomen en disant que c'est plus fort, euh Duspatalin aussi pas mal. Hum ça c'est en première intention ouais.

I : Et si y a échec de ce traitement là qu'est-ce que tu fais du coup ?

R : Hum, s'il y a échec total de ces choses-là et je suis persuadée que c'est quand même un intestin irritable hum, ben je mets quelque chose pour la diarrhée et j'ai déjà eu de l'expérience avec du Gelsectan, maintenant c'est cher mais ça a déjà marché pas mal chez certaines personnes j'avais une discussion avec une gastro qui mettait ça. Hum, sinon j'essaye euh le Tempocol j'essaye parfois, y a un nouveau médicament qui est sorti dans je me rappelle plus du nom... Euh Simalviane, voilà ça j'ai essayé une fois aussi ça a marché sur quelqu'un qui avait essayé tout le reste. Euh un traitement fin de la psychothérapie si y a besoin parfois voilà.

I : Et la première ligne tu considères qu'il y a un échec après combien de temps de traitement ?

R : Ben ça dépend de l'impact sur la qualité de vie mais je dirais quand même s'il y a vraiment aucune amélioration du tout après 2-3 semaines et que ça a été bien suivi. Ouais parfois je réfère pour (...) pas forcément parce que je pense qu'il y a quelque chose d'autre mais c'est bien d'en parler quand même avec le gastro qui peut penser à autre chose et qui peut quand même explorer ou annoncer le même diagnostic que moi et appuyer ma pensée.

I : Ouais, c'est ça ok. Et toi, tu vis comment les consultations avec un patient qui est atteint de ça ? Les consultations de suivi ?

R : Ben ça dépend encore des patients et y en a chez qui j'ai vraiment aucun souci et puis y a des personnes d'abord qu'on m'a annoncé très rapidement que c'était peine perdue et alors là ça c'est pas tellement bien mais ça met déjà dans une autre optique. Et quand y a vraiment rien qui fonctionne rien rien que c'est un échec total voilà c'est un peu compliqué. Mais bon je pense que surmédicaliser c'est sert pas tellement à grand chose non plus donc je rediscute et puis à un moment je dis bah voilà si on arrive au bout de nos possibilités, soit on va voir le gastro et si il a déjà été voir de multiples gastro-entérologues bah voir comment vivre avec au jour le jour. Parfois on soit un petit peu impuissant ouais.

I : Et toi bah quand tu vois un patient atteint du syndrome de l'intestin irritable, tu peux enfin c'est quoi les profils fréquents de ces patients ?

R : Donc plutôt des femmes j'ai l'impression plutôt jeune enfin jeunes dans la moyenne d'âge quoi. Encore une fois qui ont aussi des troubles un petit peu plutôt psychologiques ou qui sont plus fragiles ou qui sont dans des situations de stress. En fait, ils le disent quand même aussi souvent d'eux-mêmes, les patients, que c'est dans des situations où ils sont plus stressés où les émotions les impactent plus, qu'ils ont plus de symptômes. Sinon voilà, parfois des personnes qui sont ouais, je dirais que c'est les facteurs principaux.

I : Ok, et bah pour en venir au sujet réellement que sais-tu des antidépresseurs dans le cadre du syndrome d'intestin irritable qu'est ce que (...) ?

R : Bha vraiment pas grand-chose. À part l'avoir entendu de toi et de quelques études franchement rien. J'ai très peu vu de, enfin peut être que je vois pas beaucoup de patients avec un syndrome de l'intestin irritable mais j'ai très peu vu de patients sous antidépresseurs déjà pour ça, très très peu.

I : Donc toi est ce que t'as déjà instauré (...)

R : Non non jamais pour cette indication-là et je pense que je me sentrais pas du tout à l'aise de le faire parce que oui je ne sais pas à quel moment on le fait, quelle molécule, les dosages, la posologie... Vraiment.

I : Oui c'est ça tu sais pas à quel moment et dans quelle situation tu prescrirais ça ?

R : Non et chez qui ça risquerait d'être le plus, enfin ça pourrait être le plus efficace et surtout c'est un peu la balance aussi bénéfice et effets secondaires qui qu'il faut choisir

I : Ouais c'est ça et si tu devais en mettre un tu penses que tu mettrais lesquelles ?

R : Bah franchement pour cette indication là je ne sais pas, je mettrai le traitement antidépresseur de base qu'on donne pour la dépression ouais j'irai vers les molécules les plus connues ouais je sais pas Venlafaxine, Paroxétine, ce genre de choses mais sans savoir parce que je ne sais pas. Donc je pense que je sonnerais d'abord à un gastro mais lequel je ne sais pas, parce que je ne pense pas qu'il soit tous très au courant donc... mais donc voilà je regarderais des études, je lirais, faudrait peut-être que je le fasse.

I : Selon toi c'est quoi les bénéfices qu'un patient pourrait retirer du traitement d'antidépresseurs dans ce cadre là ? qu'est ce que... c'est quoi les bénéfices ?

R : Je sais pas si ça je dirais directement sur l'intestin en soi, enfin peut être on dit quand même que c'est le 2ème cerveau enfin j'espère qu'il y aura des effets sur l'intestin en soi mais je pense que ce serait plutôt dans la façon de ressentir les symptômes que ça pourrait peut être les amoindrir soit permettre aux gens de mieux vivre avec et de mieux les supporter et d'être... d'avoir... enfin finalement si ça impacte aussi sur leur psychologique ça pourrait diminuer aussi les symptômes et tout leurs ressentis donc je pense que ça améliorerait leur qualité de vie serait le but en tout cas

I : c'est ça, Et qu'est ce qui pourrait toi te freiner plutôt voir prescrire ?

R : Surtout les effets secondaires, le fait que après ils aient l'impression de plus pouvoir s'en passer et ça c'est plutôt dur à arrêter du coup sinon c'est tout. Ouais surtout les effets secondaires et après ça peut être stigmatisant aussi pour le reste du monde médical mais plus le monde médical sera au courant s'il y a des bonnes indications moins ce sera stigmatisant pour(...). Et je pense que peut être que les patients, enfin je ne sais pas si les patients seraient demandeurs ou enfin accepteraient comme ça un traitement antidépresseur je pense qu'il faut leur les prévenir de ce que c'est quand même mais ouais.

I : Et bha je ne sais pas si t'as remarques ou suggestions sur le sujet ? Ou des choses qu'on n'a pas abordés ?

R : Je me demande à quel point c'est quand même connu dans le monde médical, je serais curieuse de lire ton TFE en fait vraiment, je me réjouis d'apprendre.

Entretien semi-dirigé médecin 3

I : Quel âge avez-vous ?

R : 27

I : Etes-vous une femme, un homme, non-défini ?

R : Une femme

I : Dans quelle milieu exercez-vous ? Rural, semi rural, urbain ?

R : Rural

I : Et depuis combien de temps exercez-vous ?

R : Un an

I : Dans quel type de pratique ? Solo, de groupe mono disciplinaire ou de groupe pluridisciplinaire ?

R : Groupe monodisciplinaire

I : Maintenant questions générales sur le syndrome de l'intestin irritable, que savez-vous du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Globalement c'est des patients qui ont des douleurs abdominales un peu chroniques dont le bilan est revenu rassurant qui ont une altération au niveau du transits parfois c'est plutôt (...) c'est de la constipation parfois c'est de la diarrhée, parfois c'est de l'alternance. C'est généralement très incommodant dans leur vie au quotidien et ils viennent souvent avec des plaintes que ça les invalides en société notamment, euh, globalement c'est ça.

I : Ok, et pouvez-vous estimer la proportion de patients atteints du syndrome de l'intestin irritable dans votre patientèle ?

R : Je pense c'est surtout chez des adultes et chez les adultes je pense qu'on est à mon avis à un patient sur 10 environ, oui sur 10 ou sur 15.

I : Ok, et quels sont les symptômes que tu vois le plus souvent ressortir dans ce cadre là ?

R : Généralement c'est vraiment les douleurs et la diarrhée ils s'en plaignent plus quand c'est la diarrhée que vraiment de la constipation.

I : Ok, et comment tu fais toi le diagnostic dans un syndrome de l'intestin irritable ?

R : Bah donc je m'assure quand même qu'il n'y ait rien de sous-jacent donc éventuellement je les envoie quand même chez le gastro pour être sûr qu'il n'y ait pas quelque chose au niveau du colon à proprement parlé, qu'ils aient une coloscopie et puis s'il y a rien à ce niveau-là j'essaye euh tout ce qui est euh, je leur propose d'essayer tout ce qui est FODMAP et des choses comme ça et puis du coup c'est un peu thérapeutique et diagnostic à la fois je trouve. Et puis après l'anamnèse fait beaucoup si c'est des gens qui sont fort stressés ça, ça impacte aussi énormément au niveau du colon irritable. Euh

et donc dans quel contexte ça survient, si ça a toujours pendant les vacances ou uniquement quand ils travaillent s'ils arrivaient à identifier de lien avec certaines choses de leur quotidien s'ils ont tendance à de base et de stressés aussi donc l'anamnèse fait beaucoup et puis du coup si y a rien à la colo encore plus là-dessus quoi.

I : Yes ok. Est-ce que tu sais m'expliquer en gros une consult classique avec un patient atteint de l'intestin irritable genre comment toi tu te sens ? Comment ça se passe ?

R : Ben j'en n'ai pas encore beaucoup du coup en 1 an de pratique mais donc moi ce que généralement, j'essaie de voir à la fréquence à laquelle ça les incommoder à laquelle ça survient, ce qu'ils ont déjà essayé comme traitement. J'ai tendance à essayer Bactérelax je sais pas c'est du coup pour refaire la flore mais avec un effet au niveau système nerveux central avec un petit peu notamment du safran dans les composants vu que généralement c'est lié à de l'anxiété, du stress et des troubles au niveau émotionnel. Et donc je leur conseille aussi ben du coup comme je disais les FODMAP pour essayer je leur explique un petit peu comment ça fonctionne, je suis pas drastique à tout éliminer mais au moins qu'ils essayent un petit peu de faire des tests pour voir quelle dose de chaque aliment leur convient et si ça améliore leurs symptômes.

I : Ok ben nickel, et donc bah c'est quoi le traitement que t'installes en première ligne ? C'est Bactérelax par exemple ?

R : Ouais faut généralement Bacterelax et puis un anti-spasmodique donc Spasmomen ou Buscopan généralement.

I : Ok et pourquoi tu utilises ceux-là en première attention ? Enfin le Bactérelax, tu as expliqué mais... ?

R : Ben parce que généralement ils se plaignent quand même de beaucoup de crampes abdominales et donc comme c'est fort invalidant j'essaie de soulager les symptômes prioritaires qu'ils énoncent quoi. Si c'est plutôt les crampes ben alors le Spasmomen si c'est plutôt la diarrhée ben donc j'essaie de refaire avec la flore donc ça dépend vraiment de ce avec quoi ils viennent comme plainte principale dans leurs symptômes.

I : Ok, ouais c'est ça. Et si t'as un échec de ce premier traitement qu'est-ce que fais ?

R : J'essaie de... bha si tout le bilan est rassurant chez le gastro, j'essaie aussi un petit peu de voir avec le patient si en faisant les FODMAP, en réinsistant là-dessus en gérant peut être s'il accepte ben au niveau du moral d'essayer de voir ce qui peut (...) les techniques qui pourraient l'aider pour arriver à gérer le stress et l'anxiété pour diminuer les symptômes si on a identifié que ça en faisait partie, quitte à les envoyer en psychothérapie chez les psychologues pour essayer de travailler sur le stress et gérer les choses de ce type-là.

I : Et toi comment tu vis euh ce genre de consultation avec les patients atteints de syndrome de l'intestin irritable ? Parce qu'on est quand même allé voir assez souvent euh ?

R : C'est des patients qui nous font sentir un peu en échec parce que du coup ils reviennent tout le temps avec les mêmes plaintes. Rien ne fonctionne ou c'est toujours très temporaire. Comme pathologie, ça reste une pathologie chronique et donc il y a un moment où il faut aussi qu'ils arrivent à accepter et à tolérer leurs symptômes c'est vrai que parfois il y a un petit peu de frustration mais une fois qu'on (...) si on arrive à trouver des solutions qui les soulagent ben même si ce n'est que partiellement c'est quand même satisfaisant.

I : Donc ici plutôt les questions sur le syndrome de l'intestin irritable et les antidépresseurs. Donc euh quels sont les profils que tu remarques souvent chez les patients qui sont porteurs du syndrome de l'intestin irritable ? Les profils euh physiques et psychologiques ?

R : C'est souvent des anxieux je trouve généralement c'est ça c'est sûr. J'ai l'impression qu'au niveau psychique c'est vraiment des gens qui sont anxieux derrière et que ça joue énormément sur leurs symptômes, pas spécialement dépressifs mais vraiment plutôt anxieux.

I : Ouais, ok. Et qu'est ce que tu sais toi du coup des antidépresseurs dans le cadre de ce traitement-là ?

R : Absolument rien du coup.

I : (rires). Et donc tu n'en as jamais instauré ?

R : Non, pas dans le cadre du colon irritable.

I : Et euh, qu'est ce qui t'amènerait à prescrire un antidépresseur dans cette pathologie ? Dans quelle(s) situation(s) ?

R : Ben pour initier un antidépresseur moi c'est vraiment plutôt quand les gens viennent avec des plaintes déprimées donc une anhédonie, une envie de rien, une fatigue chronique, des gens chez qui ben la psychothérapie a déjà été instaurée et ça traîne, ça y a pas vraiment d'avancées donc ils travaillent, ils sentent qu'ils travaillent mais ça dure depuis des semaines et y a pas de grosse évolution. Hum, c'est des patients chez qui j'instaurerais un antidépresseur mais pas si s'ils viennent avec des plaintes de colon irritable parce que ça, j'ai jamais pensé à l'initier dans ce contexte-là.

I : Ok, et euh imagine tu devrais en prescrire un dans le cadre du syndrome de l'intestin irritable, tu penses que tu mettrais lequel ? Tu prescrirais quel type de molécule ... ?

R : Euh, moi je mettrais plutôt de SSRI. Parce que de manière générale, c'est plus vers ceux-là que je vais et comme c'est des gens qui ont de l'anxiété et tout ce qui Escitalopram, ça a quand même fait ses preuves dans les troubles anxieux, donc je me dis que ça peut faire d'une pierre 3 coups, on va dire ça comme ça.

I : Quels sont les bénéfices que tu penses qu'un patient peut retirer d'un traitement par antidépresseur dans le cadre d'un syndrome de l'intestin irritable ?

R : Je pense que si c'est dû à des troubles anxieux et que ça calme les troubles anxieux du patient, ça ça va forcément calmer ses symptômes comme la psychothérapie pourrait être efficace à ce niveau-là je pense que ça pourrait agir dans ce cadre-là. Et puis aussi comme ça les incommodes énormément dans leur qualité de vie et dans leur quotidien en société ça peut aussi le fait d'agir sur leur euh anxio-dépression, ça peut agir sur leur qualité de vie et qu'ils soient moins accommodés par les symptômes même si ça n'agit pas sur les symptômes à proprement parler mais juste parce qu'ils ont un reboost au niveau psychique.

I : Ouais, et après, a contrario, qu'est-ce qu'ils te freinerait, toi, à en donner aux patients pour cette pathologie-là ?

R : Les antidépresseurs, on sait que c'est des traitements au long cours. Après le syndrome du colon irritable c'est chronique et donc ça voudrait dire qu'on mettrait les patients ad vitam sous antidépresseurs parce que si ça fonctionne ils vont jamais l'arrêter et on sait que c'est le genre de traitement qu'on aime quand même pas au long cours, même si c'est d'emblée des traitements qui

durent plusieurs mois mais pas idéalement pas à vie et les gens avec un colon irritable c'est quand même plutôt dans la population jeune adulte ou adulte et donc ça voudrait dire des dizaines d'années avec un antidépresseur et tous les effets secondaires au long terme qu'on connaît.

I : OK donc c'est plutôt le timing et la durée qui te bloqueraient toi à ce niveau-là ?

R : Ouais.

I : OK je sais pas si t'as des remarques ou des suggestions sur le sujet qu'on n'a pas abordé ?

R : Non, non, juste je veux bien là conclusion.

Entretien semi-dirigé médecin 4

I : D'abord c'est des questions un peu de contexte donc ben, quel âge avez-vous ?

R : 35 ans

I : Est-ce que vous êtes un homme, une femme, non-défini ?

R : Je pense que ça s'entend (rires), je suis une femme.

I : Dans quel milieu exercez-vous : rural, semi-rural, urbain ?

R : Euh, rural on va dire.

I : Depuis combien de temps exercez-vous ?

R : C'est ma dixième année.

I : Et dans quel type de pratique ? Donc solo, de groupe monodisciplinaire ou de groupe pluridisciplinaire ?

R : De groupe monodisciplinaire.

I : Ben donc ici d'abord des questions générales sur le syndrome de l'intestin irritable. Qu'est ce que tu sais du syndrome de l'intestin irritable ?

R : En gros, c'est des gens qui ont tout le temps des problèmes digestifs alors soit ils ont la diarrhée dès qu'ils mangent quelque chose ou qu'ils sont nerveux. Soit constipés mais j'ai quand même plus l'impression que c'est plus diarrhées que constipation, enfin il me semble. Ça ne les réveille pas la nuit c'est que la journée. Et puis ils sont ballonnés ils viennent tout le temps parce qu'ils ont mal au ventre, ils reviennent tout le temps avec les mêmes plaintes. Voilà, je dirais plutôt ça, colon fonctionnel.

I : Ok, et ici dans ta patientèle est-ce que tu saurais estimer la proportion de patients atteints plus ou moins ?

R : Hum... colon fonctionnel, je sais pas, 5 %... Je dis ça comme ça mais mon collègue dira peut-être pas la même chose.

I : C'est quoi le symptôme que tu vois le plus ressortir du coup dans ce cadre-là ?

R : Ben c'est souvent qu'ils sont ballonnés, ils ont mal au ventre quoi. Constipés quand même aussi mais est-ce que la constipation est un problème de colon fonctionnel, ça sera encore autre chose. C'est

souvent ça oui, « j'ai mal au ventre, j'ai pas digéré, j'ai mal à l'estomac », enfin nausées, brûlant un petit peu mais c'est souvent des crampes plus basses et des flatulences.

I : Et comment tu fais le diagnostic d'un syndrome de l'intestin irritable ?

R : Ben général, quand c'est la première fois qu'ils viennent, je fais quand même une prise de sang complète où j'essaie d'exclure tout ce qui est inflammatoire : ASCA, ANCA, CRP, VS, je demande quand même pour certaines allergies alimentaires comme gluten, lactose aussi. Je fais souvent une coproculture quand même pour voir un petit peu quoi, une calprotectine. Euh comme ça ne va toujours pas, souvent j'envoie quand même chez le gastro. Et puis quand ça revient un peu chronique et qu'on a exclu le reste avec gastro et colonoscopie, je pense qu'à ce moment-là on peut parler de colon irritable.

I : C'est ça, et quand tu dis que ça devient chronique, tu te dis que c'est combien de temps (la chronicité) ?

R : Ben déjà le temps que tous les examens soient faits donc le temps de voir le gastro et d'avoir tout. Bon parfois je me laisse un peu influencer par le diagnostic du gastro. Je sais pas, après déjà 6 mois à mon avis s'il n'y a vraiment rien on peut parler de... Maintenant souvent les gens le disent aussi qu'ils sont nerveux, ils nous aident un petit peu. Ça dépend s'il y a perte de poids, en général, ils ne perdent pas du poids les colopathes que par exemple s'il y a vraiment une perte de poids, là je cherche quand même un peu plus loin.

I : Okay et quel traitement est ce que tu mets en première ligne, d'habitude ?

R : Ben ça dépend un peu déjà si c'est plus crampes, plus diarrhée ou plus constipation. Moi j'aime quand même bien le Spasmomen, pour ne pas le citer, plus une cure de probiotiques. Je ne donne pas des trucs qui constipent trop fort. Maintenant ce que j'aime bien de changer de temps en temps parce que si tu mets tout le temps la même chose ça va plus... Spasmomen, Duspatalin, Colon Balance, Fruits & Fibres... Des trucs un peu comme ça. Puis t'as des Easy Transit, ces trucs-là puis alors ben évidemment les FODMAP. Je leur donne mon petit carnet avec les FODMAP pour qu'ils essaient déjà de faire attention un petit peu sur quoi ils mangent. Puis euh, je ne mets pas un antidépresseur tout de suite, ça non. Mais donc plus basé sur les crampes puis peut être s'ils sont forts nerveux, stressés, je vais peut-être aller sur une Passiflore.

I : C'est ça, et quand tu dis que tu changes, tu considères qu'il y a échec d'un traitement à partir de combien de temps ?

R : Ben ça dépend, parfois voilà, ça ne va pas donc ils vont faire 15 jours de Spasmomen puis ça va aller pendant 1 mois, puis ça va plus donc ils vont revenir pour la même chose. Donc si y a des longues périodes entre... Maintenant c'est vrai que si ça ne va pas mieux après 2 mois, on essaie autre chose, je dirais plutôt comme ça.

I : Et tu te rends compte que t'es souvent amené à voir les mêmes patients colopathes en consult ou... ?

R : Bho alors t'as ceux qui reviennent que pour ça hein systématiquement pour leur intestin et tu sais toute façon c'est du côlon irritable et que tu sauras pas fait grand-chose de plus. Et puis t'as ceux qui viennent pour autre chose mais qui ont toujours leur problème à côté j'irai donc t'as les 2 catégories.

I : Et comment est-ce que toi tu vis les consults avec ces patients-là ? Enfin comment tu te sens quand tu as des patients comme ça en face de toi ?

R : Ca dépend toujours de mon affinité avec les patients... Bho ça ne me dérange pas à la limite... ils t'acceptent, ils savent qu'ils ont le colon irritable, donc ils savent que c'est comme ça et qu'on a quand même pas 50000 choses... enfin qu'on ne sait pas les guérir quoi, qu'on sait les aider mais pas les guérir. Bon ça va, c'est pas des consultations qui me dérangent en soit. C'est ça plus compliqué quand c'est le tout début, de commencer à faire tout le bilan. Alors voilà, s'il se plaignent et qu'il faut revenir dessus... Bah... Ca dépend des gens... Il y a des très psy et très déprimés en plus. Donc voilà, je ne sais pas si j'ai répondu à ta question ?

I : Tu as répondu à ma question. Et du coup bah tu parles des gens très psy tu trouves qu'il y a des profils, euh profils que ce soit physiques ou psychologiques pour les patients atteints du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Pas tous, ça dépend, t'as vraiment les gens qui sont... qui ne digèrent rien et d'office diarrhées pour un oui pour un non. Après t'as quand même les gens qui dès qu'ils sont un petit peu plus en anxieux, ça se remet sur leurs intestins quoi. Maintenant y a des gens qui à force d'avoir mal sont un peu un peu déprimés mais pff, ça va encore quoi, j'ai pas spécialement de lien entre les dépressifs et les colopathes. J'ai pas l'impression.

I : Et qu'est-ce que tu sais toi du traitements par antidépresseurs dans le cadre du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Ben pas grand-chose. Après ça m'arrive de temps en temps... quand tu vois que ça ne va vraiment pas et qu'ils commencent à déprimer... ça m'est déjà arrivé de mettre un antidépresseur mais je ne vais pas l'initier parce qu'il a du colon irritable, je vais l'initier parce que je vois qu'il déprime et cetera. Ouais, c'est toujours un peu le risque des problèmes digestifs avec les SSRI, mais j'avoue que je ne sais pas grand-chose.

I : Et du coup, tu mettrais lequel toi si tu devais en mettre un pour le syndrome de l'intestin irritable ?

R : Ben ça dépend s'ils sont vraiment nerveux tout le temps peut être un Seroxat ou une Paroxétine. Sinon euh à mon avis peut-être un Sipralexa quoi, entre les deux, léger.

I : OK et euh, selon toi, c'est quoi les bénéfices que pourrait retirer un patient d'un traitement par antidépresseur quand il a un syndrome de l'intestin irritable ?

R : Ben déjà le côté peut-être un peu moins nervosité et puis... enfin ça dépend à quel point ça les déprime d'avoir l'intestin irritable parce qu'il y en a qui n'osent plus aller nulle part parce qu'ils ne digèrent pas donc ça joue leur... Mais euh c'est peut-être plus pour ralentir un peu le côté plus nervosité à long terme.

I : Et bah à contrario, qu'est ce qui te freinerait à mettre des antidépresseurs ?

R : Déjà s'ils ne digèrent pas, s'ils sont déjà gros et qu'ils vont prendre du poids en plus. Maintenant c'est souvent le début hein tu leur dis après 4 semaines ça va quand même aller mieux les troubles digestifs mais c'est plus ouais les effets secondaires digestif des antidépresseurs. Et puis bon le fait de mettre des antidépresseurs tout court et l'accoutumance. Maintenant voilà, si c'est quelqu'un qui n'a pas de problème un peu d'ordre anxieux, je ne vais pas aller là-dessus. Mais il faudra peut-être tu vas peut être nous faire un papier comme quoi c'est bien d'en mettre.

I : Et mais je sais pas si tu as des remarques ou des suggestions sur le sujet qui n'ont pas été abordées ?

R : Je sais pas : la question est ce que c'est plus les gens qui vont venir avec leur demande d'antidépresseurs ou si c'est nous qui allons voir leur suggérer ? Parce qu'il y a parfois des patients qui arrivent «Est-ce que ça irait pas mieux avec un antidépresseur tout court ? » alors tu pars là-dessus.

I : Et tu trouves que ça c'est plus fréquent ?

R : Hum, non je dirais que c'est quand même moins fréquent, ils sont plutôt Benzo en général. Après quand tu vois le nombre de gens qui prennent déjà des antidépresseurs euh... Il y en a qui ont quand même le colon irritable malgré qu'ils soient sous antidépresseurs aussi. Mais maintenant voilà je me citerai pas de nom mais j'ai une dame qui avait tout le temps des problèmes de colon et tout et je l'ai mis sous je sais pas si c'est Sipralexa ou c'est peut-être bien Paroxétine elle que j'ai mis... D'abord elle a fait un essai, après 15 jours elle a arrêté, ça n'allait pas... Et puis on a réessayé plusieurs mois après, j'ai dit maintenant vous tenez le coup. Elle a passé le cap des 6 semaines et maintenant ça va mieux et elle a beaucoup moins d'épisodes quand même. Elle vient moins me trouver pour ses intestins. Donc c'est très bien.

I : Ok.

Entretien semi-dirigé médecin 5

I : Alors on va commencer par des questions d'introduction, de contexte. Quel âge as-tu ?

R : 27 ans.

I : Est-ce que tu es un homme, une femme, non défini ?

R : Un homme

I : Et dans quel milieu exerces tu ? Rural, semi-rural, urbain ?

R : Semi rural

I : Depuis combien de temps exerces tu ?

R : Ben là je suis dans ma première année en tant que titulaire donc ça fait 3 ans et demi en tout que je professe.

I : OK et dans quel type de pratique : solo, de groupe monodisciplinaire ou de groupe pluridisciplinaire

R : Groupe pluri

I : Okay donc ici ben plutôt questions générales sur le syndrome de l'intestin irritable : qu'est-ce que tu sais du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Donc c'est une pathologie euh assez fréquente quand même si je me trompe pas euh qui provoque donc des troubles digestifs avec des crampes, des ballonnements, un inconfort digestif un petit peu global. Euh qui est notamment ben en lien avec le vécu du patient en l'occurrence , que ce soit émotions, alimentation et tout ce qu'il fait au quotidien, voilà.

I : OK, est-ce que tu saurais toi estimer la proportion de patients atteints de syndrome de l'intestin irritable dans ta patientèle ?

R : Dans ma patientèle... je dirais quand même facilement hum, 1 sur 5 ou un 1 sur 6 je crois

I : OK ouais donc 15-20% quoi plus ou moins

R : 20% plus ou moins oui.

I : Ok, et (qu'est ce) c'est quoi les symptômes que tu vois le plus souvent sortir dans le cadre de ce syndrome ?

R : Crampes au ventre, ballonnements, pertes d'appétit j'ai parfois aussi. Euh transit qui est parfois diarrhée, parfois constipation en alternance, c'est le principaux que j'ai ouais.

I : Okay comment tu fais le diagnostic d'un syndrome de l'intestin irritable ?

R : C'est souvent euh par exclusion que je procède donc d'abord je fais un petit bilan classique avec prise de sang avec analyse hépatique et autres... Une copro quand même pour exclure une bactérie euh ou quelques chose. Si c'est vraiment fort ben parfois j'envoie quand même fait une colono chez le gastro et puis bah s'il y a vraiment rien alors on part un peu dans cette voie à ce niveau là et on voit alors avec un traitement symptomatique ou ben on va un peu si le moral est compliqué ou s'il y a des éléments qui peuvent favoriser un colon irritable qui sont présents ou pas quoi. Donc c'est vraiment plus quand même d'élimination que on finit là-dedans

I : OK, Est-ce que tu sais m'expliquer une consult classique ? Comment une consult se passe avec un patient atteint du syndrome de l'intestin irritable ?

R : S'il vient pour ça ?

I : Ouais

R : Au tout début ou après le diagnostic ?

I : Quand t'as déjà fait le diagnostic. Parce que ouais c'est des gens qui ont tendance quand même à revenir...

R : Quand même plus plaintifs j'ai l'impression. Bah souvent quand même je rassure, je dis que c'est pas grave, que c'est lié à cette pathologie là qu'on le sait bien, qu'ils le savent bien, qu'il y a des moments où ce sera plus compliqué et des moments où sera plus facile à accepter. Que si le traitement ne suffit pas ou ne convient pas, qu'on peut toujours essayer autre chose. Euh mais qu'ils doivent progressivement quand même apprendre à vivre avec et adapter un peu leur quotidien en fonction. Et qu'on ne saura quand même rien faire dans le temps pour les soigner complètement quoi.

I : C'est ça. Et du coup tu parles de traitement tu mets quoi comme traitement en première ligne ?

R : Euh alors au tout début d'abord donc des règles alimentaire et aussi s'il y a besoin... s'il y a vraiment des gros troubles au niveau psychologique avec une grosse dépression et des grosses angoisses et autres... alors éventuellement une thérapie psy alors ou hypnose, enfin ce qui leur convient. Et après si c'est pas suffisant alors soit je passe sur des probiotiques ou tout ce qui est un peu anti spasmodique donc Spasmomen ou Simalviane, c'est les principaux que j'utilise. Buscopan j'ai moins de retours positifs donc c'est souvent Spasmomen ou Simalviane. Euh parfois aussi Alflorex enfin les autres compléments un peu alimentaire à base de plantes ou autres qui peuvent aider un petit peu. Et sinon jamais été plus loin que ça généralement comme traitement.

I : Et quand tu dis règles diététiques tu dis quoi ?

R : Manger plus sainement, manger à des heures plus fixes quand même, pas grignoter, le moins d'alcool possible aussi tout ce qui est gras aussi peut entraîner un peu des problèmes digestifs donc vraiment plutôt même de base régime plus sain quand même et mieux régler sa journée quand même.

I : Et tu considères après combien de temps d'essai d'un traitement qu'il y a échec ?

R : Un mois, un mois quand même ouais. Un mois de traitement s'ils ont pris leur Spasmomen ou autre alors là on change ou on creuse plus si possible mais à un moment donné j'arrive à mes limites quand même aussi quoi.

I : Ouais, et euh tu te rends compte que t'es souvent amené à suivre ce genre de patients-là, fréquemment en consultation ?

R : Qui viennent juste pour ce problème-là, j'en ai quelques-uns mais c'est pas fréquent par contre j'ai des patients qui ont ça aussi et qui viennent pour euh autre chose, il y a toujours un moment où ils vont quand même débarquer sur leur ventre et leurs plaintes du ventre et autre. Donc il y a quand même souvent ça, c'est un demi-motif dans leur consulte de base quoi.

I : C'est ça... Et toi c'est quoi ton vécu, ton ressenti quand tu revois à chaque fois cette patients-là en consult ?

R : Ben je me répète souvent, c'est toujours la même chose hein... que Ben on le sait bien malheureusement, on n'a pas de solution pour ça, enfin pas de traitement curatif pour ça et que bah je propose autre chose s'ils veulent changer. Mais voilà généralement c'est quand même souvent la même chose que je répète chaque fois quoi.

I : Ok, est-ce que t'as remarqué qu'il y avait un certain profil chez ces patients ?

R : Ben des patients quand même plus anxieux j'ai l'impression, plus fragiles mentalement quand même de base, qui ont un passé médical pas facile ou familial ou autres. Des patients qui sont plus précaires aussi j'ai l'impression aussi... Ce groupe de patients-là généralement.

I : OK, et qu'est-ce que tu sais des antidépresseurs dans le cadre du traitement du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Avant que tu m'en parles, je ne savais pas du tout donc j'en ai jamais mis, jamais. Alors après souvent je mets quand même parfois des antidépresseurs pour leurs pathologies plutôt psy, leur anxiété ou dépression associée mais j'ai jamais mis en première intention pour le colon irritable quoi.

I : Ouais c'est ça. Et dans quelle situation est ce que tu penserais en prescrire alors ?

R : Euh bah si le patient donc en plus du colon irritable me parle de grosse dépression sévère mélancolique, grosse anxiété, grosses angoisses et autres et que malgré différentes approches comme plantes, thérapie et autres ça ne va pas mieux et ça se dégrade alors je penserai alors éventuellement à un antidépresseur ouais.

I : Ouais c'est ça. Et tu penserais auxquels si tu devais en prescrire un dans ce cadre-là ?

R : Ben ça dépend des principaux symptômes qui décrit : s'il a des troubles du sommeil et autres alors plus Rémargon un truc ainsi. Si par contre c'est plus sur l'anxiété, le stress, le moral qui est pas bon je partirais alors plus sur un SSRI un truc ainsi.

I : Et... selon toi c'est quoi les bénéfices que le patient pourrait retirer d'un traitement par antidépresseur dans ce syndrome-là ?

R : Ben si on a réussi à traiter un petit peu l'anxiété et autre derrière et qu'il a un quotidien plus facile au niveau du ventre, je suppose et j'espère que ça atténue un peu les plaintes aussi et que ça va permettre de vivre plus facilement avec la pathologie quoi.

I : Mais et toi, à contrario, du coup qu'est ce qui te freinerait à mettre ce genre de médicaments là dans cette pathologie ?

R : Bah c'est quand même pas un médicament anodin, hein, un antidépresseur donc à utiliser avec précaution quand même. Maintenant que je sais qu'on peut en utiliser éventuellement chez des patients où c'est vraiment vraiment difficile à vivre pour eux, alors pourquoi pas leur proposer ça ? Si on voit que le reste des médicaments n'est pas efficace ou le traitement même à la maison ou autre n'était pas suffisant alors pourquoi pas proposer celui là.

I : Et quand tu dis que c'est pas anodin dans quel sens ? Pourquoi c'est pas anodin ?

R : Bah c'est pas un Buscopan où c'est juste un antispasmodique. C'est quand même des médicaments qui ont quand même des conséquences potentielles, des prises de poids, insomnies, cauchemars et voilà quand même différents possibles effets secondaires. Quand on arrête, y a aussi un schéma à faire pour éviter un sevrage trop dur. Enfin , c'est quand même pas un médicament qui est euh anodin quoi.

I : C'est ça ok, bah écoute, je sais pas si t'as des remarques ou des suggestions sur le sujet ? Des choses qui ont pas été abordées ?

R : Euh non, juste je veux bien le lire après.

Entretien semi-dirigé médecin 6

I : Donc quel âge a l'avez-vous ?

R : 53

I : Etes-vous une femme, un homme, non-défini ?

R : Un homme

I : Et dans quel milieu exercez vous : rural, semi-rural, urbain ?

R : semi rural

I : Et depuis combien de temps exercez-vous ?

R : Depuis 25 ans

I : Dans quel type de pratique : solo, de groupe monodisciplinaire ou de groupe pluridisciplinaire ?

R : De groupe monodisciplinaire

I : OK donc maintenant questions un peu plus générales sur le syndrome de l'intestin irritable : qu'est ce que tu sais du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Bah euh qu'est ce que je sais de l'intestin irritable euh... Bah c'est des gens qui ont des douleurs au niveau abdominal et chez qui y a pas de de substrat euh... substrats matériels dans l'histoire. Donc voilà. Maintenant, c'est vrai que c'est toujours un petit peu ce que je dis aux gens, c'est que pendant

tout un temps, ça a été un diagnostic qu'on donnait comme ça, et puis de plus en plus finalement, on sait qu'y a quand même des petites choses à mettre en évidence euh parfois les intolérances alimentaires notamment auxquelles on pensait peut être pas avant. Et puis je trouve que maintenant on a quand même beaucoup plus accès aux maladies inflammatoires avec des tests comme la calprotectine qui est quand même intéressant. Euh, voilà.

I : Yes et est-ce que tu sais estimer plus ou moins la proportion dans ta patientèle de patient atteint du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Euh...5 %.

I : Ok, et c'est quoi les symptômes que tu vois le plus ressortir dans ce cadre là ?

R : Bah c'est surtout les crampes abdominales, les ballonnements, alternance diarrhée/constipation avec des gens qui expliquent un petit peu comment sont faites leurs selles et on a parfois les détails euh des bien croustillant au niveau de ce qu'on peut avoir. Ben c'est surtout ça qu'on va avoir comme problème.

I : OK. Et comment toi tu fais le diagnostic du coup d'un patient où tu dis bah voilà « vous avez le syndrome de l'intestin irritable » ?

R : Donc je fais quand même un diagnostic d'exclusion malgré tout parce que je pense que c'est jamais bien de se prendre dans la vue : « écoutez, vous avez un colon irritable » et finalement un jour on trouve qu'on a un autre souci. Donc j'ai tendance à quand même faire une petite prise de sang à demander euh ben les marqueurs quand même pour la maladie Crohn, de demander quand même pour les intolérances au gluten parce que je pense qu'il ne faut pas passer à côté, de faire une analyse de selles avec la calprotectine comme je l'ai déjà dit. Et puis après tout ça si on n'a pas vraiment... euh parfois des marqueur tumoraux bon c'est pas bien mais un peu en fonction de l'âge aussi bien entendu on va pas demander des marqueur tumoraux chez les enfants bien entendu. Mais donc voilà et si je n'ai rien comme substrat à tout ça ben éventuellement j'évoque l'idée que ça pourrait être un colon irritable maintenant souvent on a quand même des gens qui sont de nature anxieuse malgré tout hein on le sait et on leur explique un petit peu que ça peut être parfois un peu psychosomatique. J'explique bien c'est pas dans leur tête parce que voilà parfois les gens font le raccourci « c'est dans ma tête, c'est le psychique », mais non je dis ben si pendant une vie entière vous avez ce problème là bah il va se passer que vous allez peut-être avoir des diverticules et peut être qu'un jour vous risquez d'être devoir être opéré d'une diverticulite en urgence uniquement parce que vous aviez un problème psychosomatique. Donc c'est quelque chose qu'il faut prendre au sérieux. Voilà, je ré-explique souvent que bah ils sont un intestin et qui se contracte de manière dysharmonieuse et plutôt que d'avoir un transit qui se fait bien correctement de la droite vers la gauche, ben ça a tendance à être un peu anarchique et de trop de pression par moments au niveau de l'intestin, ce qui explique un petit peu tous les symptômes qu'ils ont.

I : Et si tu dois instaurer un traitement qu'est-ce que tu instaures comme traitement en première ligne ?

R : Ben des antispasmodiques, surtout le Spasmomen, maintenant le Duspatalin peut parfois être utile aussi. Il y a d'autres antispasmodiques qui existent mais qui ont quand même un peu plus d'effets secondaires donc on utilise peut être un peu moins. Maintenant parfois c'est vrai que la magistrale peut être intéressante dans laquelle je mets parfois du Sulpride, qui peut être utile, je mets aussi du charbon en bois je vois un petit peu donc je mets d'habitude de la Mébévérine aussi, l'équivalent du Duspatalin, euh avec des doses différentes sinon il n'y a pas vraiment magistrale, du charbon bois, parfois un peu du Sulpride ou des choses comme ça c'est voilà, c'est ce que je fais parfois.

Les probiotiques aussi, certains probiotiques ont quand même fait plus leurs preuves hein... Au début il y a eu Cérévisia et puis maintenant y a toute une série euh qui ont montré qui avaient un intérêt dans ce problème du colon spastique. Parfois quand ça ne marche pas ben euh y a toujours le Tempocol là, les extraits de menthe poivrée qui peut être utiles et j'essaie quand même de temps en temps mais je suis pas convaincu euh les extraits de curcuma qu'on nous propose comme inflammatoire pour le système digestif, voilà. J'aime bien quand même de demander aux gens de faire un calendrier pour voir un petit peu s'il y a quand même pas toujours des mêmes types d'aliments qui reviennent puisque les intolérances alimentaires c'est quand même très très difficile de mettre euh un nom dessus et parfois c'est intéressant je vous dis bah écoutez si vous avez l'impression c'est tel aliment, vous essayez de faire une éviction pendant une quinzaine de jours et le 15ème jour, vous essayez de réintroduire une bonne quantité comme ça on voit un petit peu ce qu'il y a là dedans, si c'est pas une intolérance alimentaire.

I : Ok, et après combien de temps tu considères qu'il y a échec du traitement du première ligne par exemple ?

R : Souvent ça fonctionne quand même bien donc ben maintenant quand les gens reviennent euh... Je pense que le traitement habituellement on le met un temps et puis ça doit passer, ils doivent être tranquilles et puis s'ils doivent refaire un traitement 3-4 mois après ils peuvent le refaire. Mais s'ils reviennent systématiquement et ça ne va pas éventuellement on peut envisager des antidépresseurs puisque c'est un but de ton truc et à l'époque j'avais été à une super conférence avec le docteur X qui lui mettait de la Venlafaxine pour ce problème-là. Mais je n'en prescrit pas très souvent.

I : Okay. A quelle fréquence est ce que tu vois toi ce genre de patients en consultation ? Tu te rends compte qu'ils viennent quand même souvent ?

R : C'est clair que je ne vais pas les convoquer pour ce truc-là. Mais ils reviennent d'eux-mêmes euh voilà on a nos oreilles qu'on connaît et voilà on toujours ceux qu'on a en tête. Bho ils reviennent tous les combien de temps... tous les 3-4 mois allé. Ca dépend un peu de leur vie hein, c'est psychosomatique donc c'est clair que s'ils sont en plein de divorce, ben on va les revoir tous les 15 jours, et puis si ça va bien dans leur vie peut être que voilà.

I : C'est vrai que tu disais qu'il y avait quand même un profil psychologique derrière tout, toi tu te rends compte que c'est quel type de profil ces gens-là ?

R : Anxieux, oui c'est des anxieux oui.

I : Et bah qu'est-ce que tu sais du coup du traitement par antidépresseurs dans le cadre du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Comme c'est un profil anxieux c'est vrai qu'à un moment donné on a probablement... on s'est quand même dit... Il y a quelques années on nous a proposé la Venlafaxine pour l'anxiété généralisée chronique hein c'était une nouvelle entité et je me souviens bien à l'époque je lisais encore un peu (maintenant je ne lis plus beaucoup) mais euh il y a eu la revue X qui a dit « non non l'anxiété on traite ça par des Benzodiazépines » et eux ils nous ont dit bah oui mais si on traite l'anxiété avec des SSRI et notamment la Venlafaxine (à l'époque il y avait même pas encore les génériques c'était uniquement l'Effexor), euh on a une possibilité d'avoir une rémission. Et je pense que de fil en aiguille on s'est dit bah pourquoi est ce qu'on essaierait pas ça dans l'intestin irritable et c'est comme ça qu'on l'a proposé à mon avis. Maintenant euh j'ai jamais lu un truc spécifique sur le truc c'est juste cette conférence où le gars avait dit « Ben écoutez si vous vous en sortez pas, que vous avez essayé la petite prescription magistrale avec euh l'équivalent du Dogmatil et que ça n'a pas été, ben vous pouvez toujours essayer de donner des antidépresseurs », voilà.

I : Et tu l'as déjà fait du coup ?

R : Je l'ai déjà fait mais je ça n'arrive pas souvent, je pense que cette conférence c'est il y a 20 ans ou 15-20 ans et euh je pense qu'une fois tous les 2 ans peut-être. Maintenant peut-être, à mon avis je vais peut être plus le faire... je vais peut-être pas être tenté de le prescrire si c'est uniquement un problème de colon irritable mais si à côté y a toute une série de choses qui me font dire que bah ce serait peut être intéressant euh... Ben voilà si à la rigueur on a des traits euh dépressifs, si on a des gens qui commencent à avoir un petit peu des troubles de l'humeur et de l'anhédonie, on se dit bah là c'est bingo. Maintenant si c'est des anxieux tout le temps tout le temps, normalement avant c'était 6 mois d'anxiété pour se dire qu'on avait une anxiété généralisée chronique.

I : Ouais, Okay et oui c'est ça donc pourquoi dans certaines situations t'en mettrais et pourquoi dans d'autres pas par exemple ? Plutôt bah comme tu dis alors le profil anxieux... pas trop mais plutôt le profil dépressif ?

R : Ben pourquoi est ce qu'on en mettrait... Je pense que d'abord on connaît bien nos patients et puis si on ne les connaît pas on peut toujours leur poser la question est ce que vous aviez déjà eu un traitement antidépresseur. Je pense que si les gens en ont déjà eu un, je pense qu'on va avoir peut être plus facile d'en prescrire une 2ème fois que s'il n'en avait jamais eu.

I : Et pourquoi ça ?

R : Parce que on se dit que... on va probablement avoir plus de plus d'effet j'imagine...

I : Alors et oui c'est ça, selon toi, c'est quoi les bénéfices que le patient pourrait retirer d'un traitement par antidépresseurs

R : Plutôt la rémission du traitement plus longue, pour ne pas être tout le temps chez nous euh... Une durée plus longue sans devoir prendre des antispasmodiques, bien que c'est quand même pas la mer boire de prendre des antispasmodiques mais si malgré les antispasmodiques ça ne va même pas ben euh un moment donné on peut peut-être essayer autre chose.

I : Ouais, et toi justement qu'est ce qui te freinerait a contrario d'en prescrire chez les patients ?

R : Hum euh... peut être la polymédication. Ben je crois qu'il faut voir ça effectivement en fonction de l'âge du patient qu'on a devant soi, du degré de handicap que ça crée d'avoir ce colon irritable.

I : OK, ben nickel. Je ne sais pas si t'as des suggestions ou des remarques sur des choses qui non pas été abordées ?

R : Non, ça va...

I : Ben merci.

Entretien semi-dirigé médecin 7

I : Donc d'abord c'est des questions générales un peu de contexte... ben donc quel âge avez-vous ?

R : 60 (ans)

I : Etes vous une femme, un homme, non défini ?

R : Une femme

I : Dans quel milieu exercez-vous : rural, semi rural, urbain ?

R : Rural

I : Depuis combien de temps exercez-vous ?

R : 34 ans

I : OK et dans quel type de pratique : solo, de groupe monodisciplinaire ou de groupe pluridisciplinaire ?

R : De groupe pluridisciplinaire.

I : OK donc maintenant plutôt les questions générales sur le syndrome de l'intestin irritable que sais-tu du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Que c'est un diagnostic d'exclusion, fréquent. Euh ça donne souvent des ballonnements, douleurs abdominales diffuses, euh alternance de diarrhée/constipation.

I : Ouais ok et est-ce que tu sauras estimer la proportion de patients atteints de syndrome intestin irritable dans ta patientèle ?

R : Ecoute il me semble que j'en ai moins qu'avant.

I : Ok, et plus ou moins combien, imagine en pourcentage, tu dirais combien ?

R : Je dirais 10%.

I : OK et du coup ben les symptômes que tu vois le plus souvent ressortir ?

R : Ballonnements, douleurs abdominales diffuses post-prandiales, surtout ça.

I : Ok, et comment tu fais le diagnostic dans un syndrome de l'intestin irritable ?

R : Je fais toujours... soit ça ne dure pas depuis longtemps et donc là je ne fais pas d'exploration dans un premier temps, je donne un spasmolytique, Spasmomen. Maintenant si c'est quelque chose de récurrent qui dure depuis longtemps, là je fais quand même une bio pour euh exclure la maladie coeliaque et maladie de Crohn si vraiment c'est une prédominance de diarrhées. Et je fais un traitement d'essai en même temps, par spasmolytiques.

I : Ok, Est-ce que bah tu sauras m'expliquer plus ou moins dans les grosses lignes une consultation classique avec un syndrome avec un patient qui a un syndrome de l'intestin irritable enfin par exemple comment ça se passe est ce que tu as amené à les voir souvent... ? Est-ce que... ?

R : Moi je donne toujours le traitement spasmolytique pour 3 semaines et euh, ils ne viennent pas me revoir, je ne remets pas d'office un rendez vous. Et souvent ils ne reviennent pas.

I : Et qu'est ce que tu fais imagine, si ils reviennent s'il y a échec de ce traitement là tu fais quoi ?

R : À mon avis je cherche un peu plus loin, je lance les explorations. Maintenant, parfois si c'est une personne par exemple qui a euh 60 ans et qu'il n'y a pas eu d'exploration colique, là je la fais peut être revenir d'emblée effectivement.

I : OK. Et après combien de temps est ce que tu considérerais que le traitement de première ligne est un échec ?

R : Je dirais que si après un mois c'est toujours euh pareil là, je me dis que c'est un échec.

I : OK, Et toi comment tu vis les consultations avec les patients atteints du syndrome de l'intestin irritable ? Enfin tu dis apparemment que t'es pas souvent amené à les revoir mais... est ce que c'est des consultations que ça te dérange pas de faire est-ce que... ?

R : Ca me dérange non. Maintenant il y a parfois un contexte, les gens le disent eux-mêmes hein, contexte de stress. Et je crois qu'ils viennent voir justement pour qu'on exclut autre chose quoi c'est un peu ça notre rôle mais ça m'arrive dans un premier temps de faire le diagnostic et de dire voilà si c'est pas ça je revois min diagnostic.

I : Ouais, OK ben maintenant plutôt des questions sur l'intestin irritable et antidépresseurs. Est ce que toi t'as remarqué que les patients qui étaient porteurs de l'intestin irritable avaient un profil que ce soit physique ou psychologique particulier ?

R : Non pas spécialement.

I : Et qu'est ce que tu sais des antidépresseurs dans le cadre du traitement de la syndrome de l'intestin irritable ?

R : Je sais que ça fonctionne puisque quand je suis en échec avec mon traitement bien souvent je fais peut-être un scan et puis j'envoie chez le gastro. Et je pense que ça m'est revenu quand même... ils sont revenus avec un traitement antidépresseur. Ça fait bien 10 ans je pense qu'on pense à ce traitement-là et effectivement ça avait donné de bons résultats.

I : C'est ça, et toi t'en a déjà mis dans ce contexte-là ?

R : Oui, oui. Je ne saurais plus te dire lequel par contre. Parce que je sais que le Sipraléxa qu'on donnait beaucoup peut aussi donner des problèmes intestinaux, des diarrhées et des choses comme ça. J'ai déjà eu 2/3 fois mais je pense que ça doit être celui-là, l'Escidivule, que j'ai dû mettre ou peut être la Paroxétine.

I : Ok, et donc enfin c'est quel type de situation qui t'amènerais à en mettre un chez un patient porteur de l'intestin irritable ?

R : J'ai essayé un spasmolytique, j'ai fait une exploration scan, euh coloscopie... tout ça revient négatif, alors là oui je mets un antidépresseur. Mais j'ai eu le cas avec une jeune maintenant, j'ai eu le cas mais j'ai pas été jusqu'à l'antidépresseur et heureusement parce qu'elle avait pleins de ganglions dans le bide. Donc maintenant elle est en exploration mais ils sont venus maintenant à dire que c'était lié au colon irritable quand même hein.

I : Et donc quel antidépresseur tu mettrais toi dans cette situation-là : tu dis plutôt et Escidivule ?

R : J'avais mis Escidivule mais je me demande si on ne recommandait pas Cymbalta ? Je ne sais pas si ça te dit quelque chose ?

I : Je ne sais pas... Et du coup bah oui dans ce cadre-là c'est quoi les bénéfices que tu pourrais attendre et que le patient pourrait retirer d'un traitement par antidépresseur ?

R : Ah ben ça agit au niveau de l'anxiété, au niveau de l'humeur et aussi au niveau visiblement intestinal. Je sais pas si ça a un effet direct au niveau intestinal ça je ne sais pas.

I : Et bah et à contrario qu'est ce qui pourrait être freiner toi par contre à mettre des antidépresseurs ?

R : Ah pas grand-chose non, c'est plus les gens qui vont freiner. Non, moi si ça fonctionne, s'il y a des études qui me disent que voilà, ça fonctionne c'est bien, je le ferais.

I : Et quand tu instaures ça les gens ne sont pas souvent sur la défensive se disant... ?

R : Oh, il y en a sûrement un petit peu oui ouais. Ils préfèrent prendre des probiotiques... parce que j'ai aussi essayé la menthe poivrée, c'est une horreur. Ca ne marchait pas, les gens avaient le brûlant, ils revenaient ils avaient le brulant.

I : Ben voilà grosso modo ça c'était la question je sais pas si tu as des remarques ou de suggestions sur le sujet des choses qui ont été abordées ?

R : Non.

I : Ben merci.

Entretien semi-dirigé médecin 8

I : Donc d'abord c'est des questions de contexte parce que je dois contextualiser : quel âge as-tu ?

R : 40

I : Etes-vous une femme, un homme, non défini ?

R : Une femme

I : dans quel milieu exercez-vous : rural, semi rural, urbain ?

R : Rural

I : Depuis combien de temps exercez-vous ?

R : 14 ans

I : Et dans quel type de pratique : solo, de groupe monodisciplinaire ou de groupe pluridisciplinaire ?

R : De groupe pluridisciplinaire

I : Donc ici plutôt questions générales alors sur le syndrome de l'intestin irritable, qu'est ce que tu sais du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Que finalement c'est ce qu'on diagnostique aux patients quand ils ont mal au ventre et qu'on ne trouve rien. Et donc voilà c'est souvent associé à des crampes intestinales, à des problèmes de ballonnement, des problèmes de troubles du transit et donc quand finalement on fait des investigations assez poussées au niveau digestif mais que les patients continuent à avoir des douleurs mais qu'on ne retrouve rien bah finalement on arrive plus dans un cadre de spasmes douloureux des intestins et donc euh on doit plutôt soulager les patients qu'essayer de trouver une solution définitive. Voilà on sait aussi que c'est influencé par euh l'état thymique des patients et qu'on se rend compte parfois que en effet quand les patients sont moins bien leurs intestins vont moins bien aussi.

I : Ca va. Est-ce que tu saurais toi estimer la proportion de patients atteints par le syndrome de l'intestin irritable plus ou moins dans ta patientèle ? Approximativement...

R : Je dirais 5 %

I : OK et ben du coup oui c'est quoi les symptômes que tu vois le plus souvent ressortir chez ces patients-là ?

R : Des douleurs, les douleurs au ventre, des crampes au ventre, les ballonnements, l'impression d'être gonflé souvent qu'ils disent. Euh parfois de la constipation mais c'est surtout les douleurs et l'impression d'un inconfort digestif, c'est la plainte principale des gens.

I : Ouais ok. Et comment tu fais le diagnostic toi alors ?

R : Régulièrement si j'ai une bio qui est froide et que j'ai pas de point d'appel au niveau de la vésicule ou quoi que ce soit j'essaye un spasmolytique, et si ça les soulage en général je me dis que je tends vers ça et je ne pousse pas plus loin les investigations. Je n'envoie pas d'emblée chez le gastro, parce que sinon on en aurait beaucoup trop à envoyer chez le gastro. Donc en général, je leur dis bien de prendre 3 fois par jour le spasmolytique pendant au moins 10 jours avant de se dire que ça a un effet ou pas. J'essaie de... souvent je combine ça avec un régime un peu FODMAP avec un peu moins de choses qui peuvent faire ballonner et si le patient est mieux et qu'il ne vient plus me retrouver je me dis que ça a fonctionné. Et donc si ils reviennent 6 mois après en me disant j'ai toujours des symptômes je demande quoi et si ça a été avec le traitement de Spasmomen, je leur explique que c'est une maladie chronique et du coup qu'il faut refaire de temps en temps le traitement mais que si ça a cédé et que ça finit par revenir bah c'est pas un critère de gravité.

I : Et du coup bah c'est ouais c'est ça le premier traitement que tu mets en première ligne c'est le spasmolytique toi alors ?

R : Ouais souvent ça c'est souvent le spasmolytique. Je sais qu'on peut mettre des probiotiques ou des choses comme ça mais c'est pas mon premier choix, moi je mets plutôt un Spasmomen, je me dis que ça a quand même un effet plus rapide sur la douleur qu'un probiotique voilà. Je mets aussi parfois de l'huile de menthe poivrée, ça je sais bien que l'efficacité a été prouvée. C'est surtout ces deux-là. Je crois aussi que dans les probiotiques j'ai déjà essayé le Cerevisia qui a un moment fonctionnait bien, que les gastro mettaient et qui fonctionnait bien chez les patients mais c'est super cher donc finalement essayer de leur donner un truc à 15 euros pour 10 jours, je préfère mettre du Spasmomen. Je regarde quand même aussi, parce qu'il y a souvent un problème d'irritation de gastrique associée donc souvent je regarde aussi s'il ne faut pas mettre un IPP pendant juste une dizaine de jours.

I : Okay et donc bah tu considères, fin t'avais dit que tu le mets 10 jours tu considères que si après 10 jours ça va pas mieux y a échec du traitement ?

R : Je leur dis de prolonger encore un peu ouais mais à ce moment-là je fais peut être une prise enfin voilà c'est peut-être à ce moment-là que je vais faire une prise de sang, tu vois. Parce que je leur fais pas toujours d'emblée au début la plupart du temps je mets quand même le spasmolytique en premier et puis je fais la prise de sang ça permet de rassurer le patient aussi. Donc je leur fais continuer à ce moment-là le spasmolytique mais je fais la prise de sang pour voilà pour appuyer le fait que c'est pas pour c'est pas trop grave.

I : Et dans la prise de sang tu demandes quoi ?

R : Je regarde quand même bah tout ce qui est tests hépatiques, je regarde quand même l'intolérance au lactose on sait jamais même si c'est pas très fiable sur une prise de sang. Je regarde tout ce qui est intolérance au gluten avec les anti-gliadines, je regarde quand même la VS pour voir ce n'est pas une maladie inflammatoire. Euh, les marqueurs pour tout ce qui serait maladie de Crohn, parce qu'il y en a quand même qui ont des maladies de Crohn sans avoir de la diarrhée, y a quand même des maladies inflammatoires digestives sans diarrhée. Euh, tout ce qui est aussi carence en fer ou des choses comme ça qui peuvent aussi donner des troubles digestifs... Euh voilà, c'est plutôt vers la que je vais.

I : Okay et est-ce que tu te rends compte que t'es ramené à voir fréquemment ces patients là en consultation ?

R : Oui, oui mais c'est parce qu'ils viennent aussi pour d'autres choses, c'est pas toujours pour ça. Et c'est vrai qu'une fois qu'ils ont un diagnostic de colon irritable ou en tout cas qu'on leur a dit que c'était ça, ils relativisent souvent la problématique et ils viennent moins consulter une fois qu'on leur explique bien que c'est pas quelque chose de grave que ça se passe avec le Spasmomen machin et qu'ils ont été rassurés, ils reviennent pas fréquemment pour ça. Ils redemandent des boîtes de Spasmomen par téléphone quoi plic ploc, pour les soulager.

I : Okay bah du coup maintenant question plutôt sur le syndrome de l'intestin irritable et les antidépresseurs : est-ce que t'as remarqué que les patients porteurs du syndrome de l'intestin irritable avaient fréquemment un certain profil physique ou psychologique ?

R : Ils sont souvent plus anxieux. Maintenant est ce que c'est parce que leur douleur ne passe pas je ne sais pas. Mais c'est vrai qu'au début, avant qu'on se dise que c'est un intestin irritable et qu'ils acceptent le diagnostic, ils sont souvent plus anxieux, donc ils consultent plus vite aussi, même pour leurs enfants ce sont des gens qui sont un peu plus stressés en effet. Et on le sait... le prof de bio disait que l'intestin était l'Emonptoir du stress donc on sait que voilà quand les gens sont un peu plus anxieux bah ça se manifeste souvent au niveau digestif donc on essaye de... c'est parfois un profil plus stressé ouais.

I : Et qu'est-ce que tu sais toi des antidépresseurs dans le cadre du traitement du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Je sais que le Cymbalta était un moment fort mis donc la Duloxétine, dans le cadre de l'intestin irritable. Les gastros y avaient recours par brouettes, et qu'ils avaient l'air dans l'être contents. Donc ça m'est déjà arrivé chez des gens chez qui je vois que le moral est un peu limite, que de toute façon ce serait des gens chez qui finalement un antidépresseur ferait du bien parce que ça fait des mois et des mois qu'ils ne sont pas bien et qui en plus ils ont un intestin irritable, parfois je leur propose à ce moment-là un antidépresseur. Mais c'est pas pour moi le premier choix, enfin pas pour le moment en tout cas.

I : Ouais, et comment ils réagissent les gens quand tu leur proposes ça ?

R : Je leur explique que c'est pour se détendre et donc de détendre leurs intestins que c'est bien mieux qu'une benzodiazépine parce qu'il y a moins de risques de dépendance et que ça a un effet plutôt continu et sans haut et sans bas. Donc que ça peut finalement... en diminuant leur niveau de stress on peut diminuer leur niveau de douleur au niveau intestinal. Bon alors il faut voir s'ils sont preneurs ou pas preneurs, mais la plupart du temps ça permet d'ouvrir le dialogue aussi sur l'anxiété des patients au quotidien et ils peuvent parfois se livrer. C'est souvent à ce moment-là qu'ils craquent ou qu'ils disent bah oui c'est vrai j'en peux plus, ça ne va pas au travail ou à la maison enfin voilà. Donc c'est des fois... alors ça veut pas dire qu'ils acceptent tout de suite mais des fois ils y réfléchissent et puis ils reviennent après et on peut en rediscuter donc voilà, je ne pense pas qu'il y en a qui m'aient quitté parce que je leur ai proposé un antidépresseur pour un mal de ventre... Mais je le fais pas.

I : Et toi, donc si tu devais en mettre un, tu mettrais le Cymbalta alors ?

R : Ben oui, j'ai l'impression. J'ai pas lu beaucoup de littérature là-dessus, donc je fais plutôt ce que les gastros faisaient à une époque et qui fonctionnait bien. Mais voilà je sais bien que la Duloxétine n'est pas l'antidépresseur le mieux supporté non plus en terme de vertiges, ou quoi que ce soit donc voilà euh je les préviens aussi des effets secondaires et parfois ils supportent pas les effets secondaires donc voilà il y a peut-être mieux.

I : C'est ça. Et toi t'as déjà eu des retours des patients que t'avais mis sous ce traitement-là ?

R : Oui, et ils le gardent... Après pour quelle raison : est-ce que c'est pour les intestins ou parce qu'ils se sentent mieux... Maintenant on essaye toujours de sevrer les patients en antidépresseurs dès qu'ils vont un peu mieux, après quelques mois où ils vont bien, on essaie de l'enlever en discutant et de remettre en cause la prescription d'antidépresseurs hein. Normalement ça ne devrait être que temporaire il faudrait essayer d'éviter que ce soit dans la durée.

I : Et toi, tu penses que c'est quoi comme bénéfice réellement que le patient peut retirer de ce traitement-là ?

R : Bah je pense qu'il peut être un peu moins centré sur sa douleur, penser peut être à autre chose et passer à autre chose, être moins anxieux. Et c'est peut être aussi le moment d'amorcer, voilà discuter d'aller voir un psychologue ou des choses comme ça, la thérapie brève et puis voilà. C'est peut-être des fois un mauvais moment à passer dans la vie des gens ou pendant tout un temps ils sont pas bien et puis après ils n'auront plus de symptômes. Il y a beaucoup de gens qui ont des problèmes d'intestin irritable pendant un an, 2 ans et puis après ils sont tranquilles c'est pas pour toute la vie. Je leur dis souvent que c'est pas une maladie qu'ils auront nécessairement pour toute leur vie.

I : Et, à contrario toi qu'est ce qui te freinerait par contre à en mettre chez les patients ?

R : Bah la polymédication déjà ça m'embête de leur mettre beaucoup de médicaments. On se fait déjà taper beaucoup sur les doigts parce qu'on met trop de médocs et trop d'antidépresseurs donc c'est un peu le problème, c'est de se retrouver avec des gens qui prennent déjà pas mal de choses... Les interactions médicamenteuses, euh le petit effet sédatif, l'effet péjoratif aussi que ça peut avoir pour les gens aussi parfois donc voilà. Et puis bah on aimerait toujours mieux que nos patients prennent le moins de médicaments possibles et qu'ils arrivent à s'en sortir par d'autres techniques, simplement arriver à se détendre d'eux-mêmes, d'aller voir un psy pour qu'il n'aient pas besoin de ça quoi

I : C'est ça. Ok ben voilà je sais pas si t'as des remarques ou des suggestions sur le sujet, des choses qui n'ont pas été abordées ?

R : Non je me réjouis d'avoir les conclusions dans ton étude pour pouvoir améliorer ma pratique.

I : Merci.

Entretien semi-dirigé médecin 9

I : Question d'abord de contexte et d'introduction : quel âge as-tu ?

R : J'ai 33 ans

I : Est-ce que vous êtes une femme, une homme, non défini ?

R : Une femme

I : Dans quel milieu exercez-vous : rural, semi rural, urbain ?

R : Rural

I : OK depuis combien de temps exercez-vous ?

R : Depuis 2017... 2024 ça fait 7 ans

I : Dans quel type de pratique ? Solo, de groupe monodisciplinaire ou de groupe pluridisciplinaire ?

R : De groupe pluri

I : OK donc maintenant ici plutôt questions générales sur le syndrome de l'intestin, irritable, qu'est-ce que tu sais sur le sujet ?

R : Y a une composante psychologique, c'est très fréquent... qu'est-ce que je peux dire d'autre... Bah les symptômes c'est de la diarrhée, des troubles du transit, un inconfort digestif. Euh donc oui donc c'est assez fréquent dans la population et que y a toujours une composante de stress derrière et de certainement de mal être qui s'exprime par des symptômes digestifs.

I : C'est ça. Est-ce que toi tu saurais plus ou moins estimer la proportion de patients atteints dans ta patientèle ?

R : Probablement à mon avis c'est possible que... Je réfléchis parce qu'on parle beaucoup de syndrome comme ça plutôt chez les adultes chez les enfants non quasiment jamais donc si je dois prendre toute ma patientèle avec les enfants bah ça fait peut être moins mais si je prends que les adultes à mon avis y a peut-être bien 5 à 10 % des adultes quoi les enfants peut être moins parce que on ne parle pas chez les enfants.

I : Et comment est-ce que tu fais toi le diagnostic d'un syndrome de l'intestin irritable ?

R : C'est plutôt par exclusion donc d'abord après avoir exclu les causes pathologiques donc s'il y a une diarrhée qui persiste pendant certains temps. Après avoir fait une coproculture qui s'est révélée négative, après avoir un examen abdominal qui est plutôt rassurant hein évidemment si on a une défense ou une palpation pathologique évidemment là on va vers un autre diagnostic. Et il faut que les symptomatologies durent un certain temps si c'est aigu et que ça dure quelques jours et qu'après avec des probiotiques ça va mieux, évidemment on l'exclut. Donc c'est vraiment par exclusion avec des symptômes qui persistent dans le temps et dont les causes bactériennes ou pathologiques pourraient avoir été exclues c'est ça.

R : Et typiquement dans la prise de sang tu demandes quoi ?

I : Typiquement dans la prise de sang... je demande pas de prise de sang (rires). Ah si pour exclure... ben j'exclus tout ce qui est bactérien etc donc je fais bah tout l'hémogramme, la CRP et cetera. Et euh si la bio est blanche et que la coproculture est bien négative bah je suis rassurée sur tout ce qui pourrait être viral ou bactérien et du coup ça pourrait être tout simplement fonctionnel quoi.

I : Et toi tu dis tu mets des probiotiques c'est le traitement que tu mets en première attention ou tu mets autre chose ?

R : Ca dépend un peu le tableau donc moi c'est vrai que pour une diarrhée qui persiste je mets des probiotiques maintenant si y a une suspicion de maladie inflammatoire derrière... une MICI bah alors là je gratte aussi quand même à la bio ouais les ANCA, ASCA et cetera pour exclure quand même qu'il y ait une potentielle MICI qui est bah plus inquiétante qu'une colopathie. Donc oui dans un premier temps si la bio revient vraiment bonne et euh que les diarrhées ne sont pas présentes depuis très longtemps ouais je mets d'abord un probiotique et puis si par la suite c'est vraiment typique du tableau de colopathie fonctionnelle, ben alors là je m'oriente vers ce diagnostic là mais c'est vraiment en dernière hypothèse.

I : Et tu considères que y a après combien de temps par exemple y a échec du traitement probiotiques ?

R : J'essaie généralement une quinzaine de jours, si après 15 jours y a aucune amélioration et que les symptômes sont toujours présents et que y a pas d'autres symptômes qui se sont surajouté, je pourrais m'orienter vers ça si la biologie et l'examen clinique étaient rassurant quoi.

I : Ok, est-ce que tu te rends compte que c'est quand même des patients que tu revois souvent ?

R : Oui, il viennent toujours avec les mêmes plaintes et donc du coup c'est généralement aussi les patients qu'on a traité antérieurement pour des gastro entérites de manière répétée qui n'étaient peut-être pas des gastro-entérites mais qui auront répondu quand même temporairement aux probiotiques. Effet placebo ou autre, je sais pas trop mais c'est vrai que c'est des patients qu'on voit de manière régulière pour ces mêmes symptômes. Je ne parle pas de colopathie à la première consultation de diarrhée quoi.

I : Ouais, et est-ce que t'as remarqué toi que bah c'est des patients qui avaient un profil que ce soit physique ou psychologique particulier du coup ?

R : Plutôt fragile psychologiquement. Il y a toujours un terrain de stress, une composante de stress soit professionnelle soit privée. Soit un terrain sous-jacent plus... euh plus fragile au niveau psychologique connu généralement. Généralement ça se surajoute à un tableau psychologique, les colopathies sont rarement.... Enfin moi j'ai rarement émis cette hypothèse-là chez des patients qui sont psychologiquement bien dans leur tête.

I : Ouais ok, bah du coup qu'est-ce que tu sais toi des antidépresseurs dans le cadre du traitement du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Et ben euh je n'y connais pas grand-chose, je n'en prescris jamais. Je fonctionne plutôt avec des antispasmodiques et des choses du genre mais je n'ai jamais instauré moi un antidépresseur dans ce contexte-là. Maintenant, généralement les patients le sont parce qu'ils sont déjà reconnus en dépression avant qu'on mette en avant la colopathie, mais c'est vrai que ce n'est pas la colopathie qui me fait instaurer un traitement.

I : Ouais , c'est ça. Donc y a pas de situation dans le cadre du syndrome de l'intestin irritable où toi tu te dirais bah là je vais en prescrire ?

R : Pas sur base du colon irritable, non. Généralement c'est parce que y a une dépression sous-jacente connue et qu'un patient est déjà sous antidépresseur ou alors il suivi en psychiatrie ou par un psychologue et cetera... Mais ce n'est pas la colopathie qui me fait dire « ah chez ce patient-là y a un terrain de dépression »

I : Ouais OK . Et bah si tu devais quand même en mettre un, tu mettrais lequel toi par exemple tu penses ?

R : Moi je pense que je mettrai, mais sans aucune certitude et sans aucun fondement l'Escidivule, donc l'Escitalopram mais parce que c'est généralement un antidépresseur assez bien toléré. J'évite quand même la noradrénaline et cetera chez certains patients qui ont déjà des problèmes de sautes d'humeur ou des problèmes de sommeil. Donc c'est vrai qu'en première intention je mettrai l'Escidivule mais sans aucune référence.

I : Ok, et tu penses quel type de bénéfice les patients pourraient retirer des antidépresseurs dans le cadre du syndrome de l'intestin irritable ?

R : Le bénéfice ce serait que si le colon irritable est une symptomatologie donc une expression somatique de leur mal être, ben qu'en traitant leur déséquilibre psychologique, on pourrait du coup

jouer sur les symptômes somatiques parce que c'est quand même reconnu, parfois le corps parle à la place de l'esprit chez certains patients. Ouais donc ce serait plutôt voilà de régler tout ce qui est neurotransmetteur et cetera pour, au niveau psychologique, les équilibrer et pour que l'impact somatique soit moins franc. Donc ce serait dans ce contexte-là.

I : Ouais c'est ça, et à contrario du coup qu'est ce qu'il te freinerait toi à en mettre des antidépresseurs dans le cadre du syndrome de l'intestin irritable ?

R : L'âge. Si c'est chez des jeunes et cetera... Si c'est contextuel aussi si c'est plutôt des symptômes digestifs liés à un événement aigu ou quoi, là je serais peut-être plus réticente à en instaurer parce que c'est un traitement quand même d'au moins généralement 6-9-12 mois pour voir l'antidépresseur faire effet. Et donc j'aurais peur que quand c'est vraiment contextuel, d'instaurer trop vite un antidépresseur. Sinon voilà, si c'est un patient connu fragile ou de longue date et qu'il y a pas un événement qui aurait pu favoriser les symptômes là pourquoi pas mais voilà.

I : OK ,et du coup je ne sais pas si tu as des remarques ou des suggestions sur le sujet qui n'ont pas été abordé ?

R : Euh des suggestions sur le sujet bah d'en apprendre plus parce que je n'y connais absolument rien alors je comme je dis, je n'ai jamais assuré ça. Je pense que malgré... par la force des choses je le fais sans le savoir, c'est-à-dire j'en prescris mais pas en prenant vraiment conscience que c'est de la colopathie qui fait penser à ça. Je pense juste que la colopathie est une répercussion du mal être du patient et donc comme j'ai traité mal être alors ben voilà. Mais donc je serais intéressé de savoir quels antidépresseurs seraient le plus indiqué, en fonction quelle situation, et peut être d'être plus vigilante quand j'ai des symptômes de colopathie fonctionnelle ou quand j'y pense alors peut être aller creuser un peu plus à ce moment-là quoi.

I : Ca marche merci.