



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Croyances des patients atteints d'un syndrome de l'intestin irritable

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 29 octobre 2025 à 14h

au Pôle Formation

par Julien DALMAZZONE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Vincent TIFFREAU

Assesseurs :

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Hadrien BOYER

AVERTISSEMENT

**L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans
les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	9
I. Epidémiologie et symptômes.....	9
II. Causes et mécanismes	10
a) Facteurs de risque	10
b) Les troubles de la motricité intestinale	11
c) L'hypersensibilité viscérale.....	11
d) Le rôle du stress	12
e) Le microbiote intestinal	13
f) Une possible cause immuno-allergique	14
g) Le rôle de la vitamine D.....	14
h) La part génétique.....	14
i) L'inflammation chronique intestinale.....	15
III. Diagnostic du syndrome de l'intestin irritable.....	15
a) Critères de diagnostic	15
b) Le syndrome de l'intestin irritable, un diagnostic d'élimination?	16
IV. Prise en charge	17
a) Mesures non médicamenteuses	17
b) Prise en charge médicamenteuse et interventionnelle.....	18

V. Question de recherche	20
MATERIEL ET METHODES	21
I. Choix de la méthodologie	21
II. Constitution de l'échantillon	21
III. Déroulement des entretiens.....	22
IV. Collecte des données.....	22
V. Analyse de données	23
RESULTATS	24
I. Description de l'échantillon.....	24
a) Les patients	24
b) Les médecins	25
II. Le parcours diagnostic.....	25
a) Les symptômes ressentis.....	25
b) Les professionnels rencontrés.....	28
c) Les examens réalisés	29
III. Les facteurs favorisant selon les patients.....	31
a) Le rôle du stress	31
b) L'alimentation	32
c) La sédentarité.....	34
d) Le tabac et l'alcool.....	35

IV. L'impact sur la qualité de vie.....	37
a) L'impact sur la vie professionnelle	37
b) L'impact sur la vie socio-familiale	39
c) L'impact sur la vie affective	40
V. Une prise en charge globale	41
a) Les règles hygiéno-diététiques.....	41
1) Les régimes	41
2) L'activité physique	42
b) Les traitements médicamenteux	43
c) Autres moyens utilisés	45
VI. Les attentes des patients envers leur médecin traitant	47
a) Etre soulagé	47
b) Ne pas omettre un diagnostic différentiel	48
1) La crainte du cancer.....	48
2) Le syndrome de l'intestin irritable, un diagnostic de facilité?....	49
c) Etre informé sur la pathologie	51
d) Etre écouté	52
e) Etre rassuré	52
VII. Quelles perspectives d'évolution selon les patients?.....	54
a) Des patients résignés	54

b) Une atténuation des symptômes avec le temps.....	55
c) Des motifs d'espoir	56
DISCUSSION	57
I. Résultats concernant l'objectif principal.....	57
a) Croyances compatibles avec les informations transmises par le médecin	57
b) Croyances divergentes de l'avis médical	58
c) Lacunes dans les connaissances des patients.....	59
II. Résultats concernant les objectifs secondaires.....	59
a) Ressenti des patients.....	59
b) Attentes envers le médecin traitant	60
III. Forces et limites de l'étude	61
a) Choix méthodologique	61
b) Validité interne	61
c) Validité externe.....	61
IV. Avancées récentes dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable	62
V. Innovations technologiques: le projet du Pr. Guillaume Gourcerol.....	64
VI Conclusion et perspectives.....	64
ANNEXES.....	66

Guide d'entretien	66
Fiche de consentement.....	68
Grille COREQ	72
Classification des maladies fonctionnelles digestives.....	75
Critères de Rome IV	76
Axe neuro-intestinal	76
Echelle de Bristol	77
BIBLIOGRAPHIE.....	78

INTRODUCTION

I. **Epidémiologie et symptômes**

L'entité des maladies fonctionnelles digestives représente 40% des consultations en gastroentérologie [1], et plus de 10% des consultations en médecine générale [2]. Le syndrome de l'intestin irritable (SII) touche environ 11% de la population mondiale [3], et 4 à 5% de la population française avec des variations géographiques pouvant être causées par le régime alimentaire [4, 5]. La prévalence dans les différents pays du monde varie selon les critères diagnostiques utilisés. Le *sex-ratio* est de 2 femmes pour 1 homme [6]. Il est présent dans tous les groupes d'âge mais se manifeste généralement avant 45 ans [1]. C'est un motif courant de consultation médicale, motivant des ressources humaines et un recours aux examens paracliniques important, avec un risque d'errance diagnostique contribuant à la souffrance du patient. En France, le coût annuel moyen est estimé à environ 900 euros par malade [7]. Aux Etats-Unis le coût annuel est estimé entre 21,7 et 30 milliards de dollars [8].

Ce syndrome appartient à la famille dite des maladies fonctionnelles digestives (Tableau 1). Ses symptômes sont définis par des douleurs ou un inconfort abdominal associés à des troubles du transit intestinal (diarrhée, constipation ou forme mixte incluant les deux). Trois formes sont distinguées, le SII à prédominance de diarrhée (SII-D), le SII à prédominance de constipation (SII-C) et le SII mixte (SII-M). Ainsi les patients peuvent parfois ressentir un ténesme, défini par un besoin urgent d'aller à la selle, une sensation de distension abdominale ou de ballonnements. Les symptômes pouvant dans certains cas être soulagés par la défécation.

La littérature révèle que les patients atteints d'un SII sont plus souvent sujets que les autres aux reflux gastro œsophagiens, aux symptômes des appareils gynécologique (dysfonctionnement du plancher pelvien dans le cadre du SII-C) et urinaire (nycturie ou pollakiurie dans le cadre du SII-C), à la fibromyalgie, aux céphalées, aux rachialgies, au syndrome dépressif ou anxieux et aux troubles du sommeil [9, 10, 11], ainsi que des troubles de la libido [12].

II. Causes et mécanismes

Le syndrome de l'intestin irritable est une affection d'origine multifactorielle, ses causes n'étant à ce jour pas clairement toutes identifiées avec encore de nombreuses hypothèses à l'étude.

a) Facteurs de risque

Les patients de moins de 50 ans, de sexe féminin et/ou avec un antécédent familial de SII sont plus à risque de développer la maladie [13]. Par ailleurs, l'anxiété ou la dépression seraient des facteurs de risque [14]. Le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité et l'obésité sont également décrits comme contribuant à un risque plus important de développement d'un syndrome de l'intestin irritable [15].

Du point de vue infectiologique, le risque de développer la maladie est six fois plus élevé après une gastroentérite infectieuse, c'est ce que l'on appelle le SII post infectieux [16]. Ce risque semble majoré par la présence d'une fièvre prolongée au cours de l'infection. L'utilisation d'antibiotiques durant une gastroentérite infectieuse semble aussi augmenter le risque de développer la maladie [17, 18].

Par ailleurs, les déficits de l'immunité innée et les anomalies génétiques touchant les cellules épithéliales intestinales augmentent également le risque de développer un SII [19].

b) Les troubles de la motricité intestinale

Les anomalies motrices au niveau de l'intestin grêle lors du développement d'un SII sont bien caractérisées, surtout dans les cas de SII avec prédominance de diarrhées (SII-D). On observe à ce niveau une augmentation de la fréquence des phases inter-digestives propagées jusque dans l'iléon. Une hyperactivité motrice est présente et disparaît pendant le sommeil [20].

Les troubles moteurs coliques s'observent surtout en post-prandial avec une réponse motrice recto-sigmoïdienne plus marquée et/ou anormalement prolongée dans les SII-D. Dans les SII-C la réponse colique en post-prandial est à l'inverse plus faible [20].

c) L'hypersensibilité viscérale

Dans le syndrome de l'intestin irritable, 50 à 60% des patients expliquent souffrir d'hypersensibilité digestive, notamment en cas de SII-D. Cette hypersensibilité peut concerner la partie haute du tube digestif, pouvant expliquer les symptômes de pyrosis et dyspepsie [21].

L'hypersensibilité peut concerner les systèmes extradiigestifs, pouvant expliquer les symptômes de l'appareil gynécologique et de l'appareil urinaire [21].

Trois hypothèses pourraient expliquer cette hypersensibilité. La première, d'origine périphérique, impliquerait une sensibilisation des neurones afférents de la paroi digestive et/ou la mise en jeu de récepteurs nociceptifs pariétaux. La deuxième, d'origine centrale, impliquerait une hyperexcitabilité de la corne postérieure de la moelle épinière [22]. La troisième impliquerait un dysfonctionnement du système des contrôles inhibiteurs diffus qui modulent la douleur [23].

d) Le rôle du stress

Depuis les années 1990, il est évoqué un lien entre l'axe neuro-intestinal et le SII au sein des populations occidentales (Figure 1) [24]. Le système nerveux entérique est un système pouvant fonctionner de manière autonome. Il régit les fonctions du système digestif. Il communique avec le système nerveux central par le système nerveux sympathique (par le biais des ganglions prévertébraux) et parasympathique (par le biais du nerf vague). Par les muscles intestinaux, les motoneurones contrôlent le péristaltisme. D'autres neurones contrôlent la sécrétion d'enzymes. Les neurones sensoriels rendent compte des conditions mécaniques et chimiques du bol intestinal. Le système nerveux entérique utilise trois neurotransmetteurs en commun avec le système nerveux central, l'acétylcholine, la dopamine et la sérotonine. Des situations de stress chroniques ou intenses activent le système hypothalamo-hypophyso-surrénalien et la sécrétion de cortisol, provoquant une modification de la flore intestinale, de l'épithélium intestinal et une réduction de la sécrétion de la dopamine et de la sérotonine [25].

Corroborant le lien fort avec l'axe neuro-intestinal, les troubles psychiatriques précèderaient les symptômes du SII dans deux tiers des cas, et ils prédisposeraient au

développement du SII post infectieux [26, 27]. Les patients avec un SII rapportent plus souvent que les autres des troubles de l'endormissement et des réveils nocturnes [28].

L'augmentation du nombre de fibres nerveuses dans la muqueuse intestinale des patients concernés par le SII associé à une anomalie du métabolisme sérotonine/5-hydroxytryptamine (5-HT) est impliquée dans le mécanisme du SII. Une augmentation des récepteurs 5-HT7 et des fibres nerveuses a été observée dans le colon de patients atteints d'un SII. Le rôle des récepteurs 5-HT7 dans l'hyperalgie intestinale a été démontrée chez des souris, et l'administration d'antagoniste des récepteurs 5-HT7 permettait de réduire l'intensité des douleurs abdominales.

e) Le microbiote intestinal

Le microbiote, peuplé de micro-organismes commensaux, joue un rôle fondamental dans la santé humaine, notamment dans l'homéostasie digestive mais aussi métabolique, immunitaire et neurologique. Bien que propre à chacun à l'instar de l'empreinte digitale, chez les patients atteints d'un SII, on retrouve certaines souches bactériennes du microbiote intestinal en quantité trop faible ou trop élevée comparativement aux sujets sains. C'est le cas notamment des streptocoques et clostridiiums qui sont en général retrouvés en trop grande quantité alors que les lactobacillus par exemple sont en général en trop faible quantité [29]. Ces modifications sont plus fréquentes dans les formes de SII avec prédominance de diarrhée (SSI-D) [29].

f) Une possible cause immuno-allergique

Un lien possible entre une cause immuno-allergique et le SII est suggéré dans des études récentes. Ces études ont montré que chez une majorité de patients, on peut retrouver une réponse immédiate de la muqueuse intestinale, visible par coloration à la fluorescéine, après ingestion de certains aliments. Dans 70% des cas les symptômes disparaissaient avec un régime restrictif [30, 31]. Il a été observé que des mastocytes activés étaient présents en plus grand nombre dans la muqueuse intestinale des malades atteints d'un SII [32].

g) Le rôle de la vitamine D

La carence en vitamine D est plus fréquente chez les patients souffrant d'un SII [33, 34]. La vitamine D a un rôle dans la régulation de certains facteurs impliqués dans le SII. Elle aide à maintenir l'équilibre du microbiote intestinal. Elle permet de réduire les processus inflammatoires en favorisant la sécrétion de butyrate, acide gras aux effets anti-inflammatoires, par les bactéries. Elle induit la fonction de barrière épithéliale intestinale en stimulant la maturation des monocytes en macrophages. Elle participe enfin au maintien de la stabilité des mastocytes [35].

h) La part génétique

Chez certains patients atteints d'un SII, des mutations génétiques ont été retrouvées [36, 37]. Au sein de l'épithélium, des mutations sont retrouvées dans le régulateur de la conductance transmembranaire de la fibrose kystique (CFTR) ou des protéines associées au CFTR entraînant des canalopathies avec constipation ou

diarrhée. Dans le muscle lisse, des mutations dans le canal sodique voltage-dépendant NaV1.5 codé par SCN5A sont associées au syndrome de l'intestin irritable. Dans les nerfs sensoriels, les canalopathies des canaux sodiques voltage-dépendants NaV1.7 et NaV1.9 (codés par SCN9A et SCN11A, respectivement) se manifestent par une hypersensibilité ou une hyposensibilité gastro-intestinale [36].

i) L'inflammation chronique intestinale

Une inflammation chronique de la muqueuse intestinale est fréquemment démontrée chez les patients atteints d'un SII présentant une augmentation du nombre de cellules entérochromaffines, des lymphocytes intraépithéliaux ou des mastocytes sur des prélèvements iléaux et coliques réalisés par voie endoscopique [38]. Une perméabilité para-cellulaire colique accrue favorise la pénétration d'antigènes alimentaires et bactériens déclencheurs d'une réponse inflammatoire [39].

III. Diagnostic du syndrome de l'intestin irritable

a) Critères de diagnostic

Les critères de diagnostic du syndrome de l'intestin irritable ont été révisés en mai 2016 lors de la publication des critères de Rome IV (Tableau2). Ils comprennent des critères de temps (symptômes depuis au moins 6 mois), de fréquence des douleurs abdominales (au moins 1 fois par semaines les 3 derniers mois) et de modification du transit (symptômes en lien avec la défécation et/ou modification de la

fréquence des selles et/ou modification de la forme des selles). L'échelle de Bristol (Figure 2) peut être utilisée pour évaluer la forme des selles et ainsi déterminer le sous-groupe (prédominance de constipation, de diarrhée ou de type mixte).

Les recommandations internationales préconisent l'utilisation d'une méthode diagnostique positive. La présence des critères de Rome IV, en l'absence de signe de gravité ou de signe clinique pouvant faire évoquer une autre pathologie doivent suffire à poser le diagnostic [40]. L'objectif est d'éviter de répéter des tests diagnostics qui auraient pour effet de retarder le diagnostic et la confiance du patient dans son médecin.

b) Le syndrome de l'intestin irritable, un diagnostic d'élimination ?

Si la méthode diagnostic doit être autant que possible positive, des signes d'alarme doivent nous amener à éliminer un diagnostic différentiel. L'âge du diagnostic supérieur à 50 ans, une anémie, un syndrome inflammatoire biologique, une rectorragie, une perte de poids, une modification récente des symptômes ou des symptômes nocturnes font partie de ces signes d'alarme. En cas de doute, et selon les symptômes, des examens complémentaires peuvent être réalisés. L'American College of Gastroenterology's (ACG) a émis des recommandations en ce sens en 2021 [41].

Dans les SII à prédominance de diarrhée, une TSH peut être dosée à la recherche d'une hyperthyroïdie. Une coproculture avec recherche de *Clostridium* et une parasitologie des selles à la recherche d'une lamblase qui peut être à l'origine de symptômes gastrointestinaux chroniques, seront motivées par le contexte (hospitalisation récente, antibiothérapie récente, retour de l'étranger).

Les anticorps anti-transglutaminases peuvent être dosés dans les SII à prédominance de diarrhée ou de type mixte afin de ne pas méconnaître une maladie cœliaque.

En cas de rectorragie ou de perte de poids, le dosage de calprotectine fécale couplé à celui de la CRP peut permettre de suspecter une poussée de maladie inflammatoire chronique intestinale (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique).

Concernant les examens d'imagerie et d'endoscopie, ils doivent être prescrits avec discernement et en respectant les recommandations des sociétés savantes. Ils pourront avoir un intérêt en cas de diagnostic au-delà de l'âge de 50 ans ou en présence d'une altération de l'état général.

IV. Prise en charge

a) Mesures non médicamenteuses

Les FODMAPS (acronyme anglais signifiant *Fermentable, Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols*) sont des carbohydrates peu absorbés au niveau intestinal. Ils vont fermenter en contact avec le microbiote intestinal, entraînant la production de gaz. Plusieurs études ont montré les bienfaits d'un régime pauvre en FODMAPS sur le court terme chez des patients atteints d'un SII [42, 43]. Mais sur le long terme, il semble avoir un impact négatif sur le microbiote intestinal et le métabolisme. Son aspect contraignant et très restrictif rend de plus compliqué l'observance à un tel régime. Il a également été décrit le trouble de restriction ou évitement des aliments chez des patients atteints de trouble du comportement alimentaire [44].

La supplémentation en fibres alimentaires solubles semble améliorer la constipation et la diarrhée dans le SII, mais pas la douleur. La supplémentation en fibres alimentaires insolubles n'a pas montré son efficacité [45].

L'exercice physique peut avoir des effets bénéfiques sur les symptômes du SII [46, 47]. Il est conseillé de pratiquer au moins 30 minutes d'activité modérée 3 à 5 fois par semaine [48].

Les psychothérapies, l'hypnothérapie et la sophrologie peuvent aider à réduire la fréquence et l'intensité des symptômes.

L'utilisation de menthe poivrée est aussi une option possible mais avec un faible niveau de preuve dans la prise en charge des symptômes du SII. On attribue généralement son action au blocage par le L-menthol des canaux calciques et la relaxation résultante du muscle lisse [47].

Enfin le médecin peut proposer aux patients de rejoindre l'association de soutien et de défense des droits des souffrants du syndrome de l'intestin irritable en France. Elle a pour but d'informer les patients, de promouvoir la recherche et de lutter contre l'isolement des patients.

b) Prise en charge médicamenteuse et interventionnelle

En cas d'inefficacité de la prise en charge non médicamenteuse, plusieurs traitements peuvent être utilisés.

Afin de moduler les symptômes liés à la constipation du SII-C, les laxatifs osmotiques ou stimulants pourront être utilisés [49]. Les antispasmodiques peuvent être utilisés pour lutter contre les douleurs abdominales [50]. Dans le cas d'une hyperacidité gastrique, des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) peuvent être

utilisés mais avec pour effet de favoriser une prolifération bactérienne délétère sur le microbiote à long terme [51].

Dans l'objectif de modulation de l'axe neuro-intestinal médié notamment par la sérotonine, des antidépresseurs tricycliques à faible dose peuvent être efficaces dans la prise en charge du SII. En revanche la preuve de l'efficacité des autres inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine n'a pas été montrée et ils peuvent aggraver les diarrhées [52].

La supplémentation en vitamine D est recommandée et pourrait permettre de diminuer les symptômes [33, 34].

Certains probiotiques comme le *Bifidobacteria infantis* ont montré également leur efficacité. Une étude a notamment montré l'effet positif du lait fermenté avec du *Bifidobacterium lactis* DN-173 010 dans l'amélioration des symptômes de sujet SII-C [53]. Cependant l'American College of Gastroenterology (ACG) ne retient pas cette recommandation concernant les probiotiques car les données sont limitées [47].

La Rifaximine, antibiotique non absorbé à large spectre, utilisée en France dans le traitement des encéphalopathies hépatiques, est utilisée aux USA et au Canada dans la prise en charge du SII mais n'a pas d'AMM dans cette indication en France [54]. On note cependant que des douleurs abdominales et autres ballonnements sont décrits comme effets secondaires courant de cette molécule (1 patient sur 10 selon Vidal pour le Tixtar).

Une étude a montré la supériorité contre placebo de la transplantation de microbiote fécal pour améliorer les symptômes de SII avec ballonnements sévères après échec de trois lignes de traitements bien conduits. Elle est également une piste pour la prise en charge du SII post infectieux suite à des diarrhées du voyageur [55]. Il

est à noter que l'ANSM a émis des recommandations à ce sujet en 2014, mais l'ACG dans ses recommandations émises en 2020 ne préconise pas cette pratique car le niveau de preuve est très faible [47].

V. Question de recherche

Le Syndrome de l'intestin irritable est une pathologie chronique bénigne potentiellement source de dégradation de la qualité de vie du patient. Les symptômes chroniques faisant souffrir le patient sont source d'inquiétudes et contribueraient substantiellement à la symptomatologie du patient. Si le contrôle des symptômes reste insuffisant pour le patient, cela peut être source de méfiances et d'idées reçues, voir fausses, égrenant la relation médecin-malade. Le rôle du médecin, et plus particulièrement du médecin généraliste est de s'assurer que le patient ait compris les principes de la pathologie, de la prise en charge et de s'assurer que le patient adhère à la prise en charge.

Dans l'objectif de réduire le stress des malades, dont on sait qu'il peut aggraver les symptômes, le médecin généraliste doit connaître les interrogations et les craintes de ses patients pour les rassurer sur le caractère bénin de la pathologie.

Cette étude a ainsi pour rôle d'apprécier à travers des entretiens en miroir avec leur médecin traitant, le ressenti et les croyances de patients diagnostiqués du SII et leurs attentes sur la prise en charge.

MATERIEL ET METHODE

I. Choix de la méthode

Cette étude est qualitative et descriptive, phénoménologique, avec entretiens semi-dirigés. Un guide d'entretien a permis d'orienter les questions pour centrer sur le sujet souhaité. J'ai choisi une étude qualitative pour faire une analyse descriptive des croyances des patients et laisser aux personnes interrogées une certaine liberté dans leurs réponses.

Un entretien en miroir a été utilisé afin de récolter des informations provenant des patients et de leur médecin traitant.

La grille COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) a été utilisée pour répondre aux critères de qualité d'une étude qualitative.

II. Constitution de l'échantillon

Pour cette étude, 6 couples patients-médecins ont été inclus. Les patients devaient avoir au moins 18 ans, habiter dans le Nord ou le Pas-de-Calais et être atteints d'un syndrome de l'intestin irritable. Les médecins généralistes devaient exercer dans le Nord ou le Pas-de-Calais, être le médecin traitant du patient interrogé et suivre le patient pour son syndrome de l'intestin irritable.

Les médecins généralistes de profils différents (âge, sexe, lieu d'exercice) ont été contactés afin de recruter des patients qui répondaient aux critères d'inclusion.

Les couples médecins-patients ont été recrutés jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire lorsque l'analyse des entretiens n'apportait pas de nouvelle donnée à l'étude.

III. Déroulement des entretiens

La grille d'entretien utilisée est décrite en annexe. Aucun participant n'a eu connaissance du sujet exacte avant l'entretien. Les entretiens se sont déroulés au cabinet médical ou par téléphone. Les médecins et les patients ont eu les informations nécessaires sur l'étude et ont signé un consentement.

IV. Collecte des données

Les entretiens se sont déroulés sur 2 mois.

Pour anonymiser, les patients se sont vu attribuer la lettre « P » et leur numéro d'inclusion. Les médecins la lettre « M » et leur numéro d'inclusion.

Les données ont été stockées sur un ordinateur personnel et un disque dur externe personnel avec des mots de passe sécurisés.

Les patients ont été informés de l'enregistrement audio de l'entretien, et de la possibilité de se rétracter à tout moment.

V. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits mot-à-mot « *verbatim* » sur fichier Word. Les enregistrements ont alors été détruits. Le verbatim a ensuite été analysé et encodé sur NVivo.

RESULTATS

I. Description de l'échantillon

L'échantillon était composé de 6 couples médecin-patient. Les entretiens duraient entre 12 minutes et 22 secondes, et 31 minutes et 2 secondes. La durée moyenne des entretiens était de 20 minutes et 47 secondes.

a) Les patients

Parmi les patients il y avait 2 hommes et 4 femmes âgés entre 19 et 62 ans.

	Genre	Age	Niveau d'étude	Durée d'entretien
P1	Femme	41 ans	Bac + 4	17min
P2	Femme	62 ans	Bac	18min23s
P3	Homme	31 ans	Bac + 3	22min32s
P4	Femme	30 ans	Bac + 3	21min10s
P5	Homme	52 ans	CAP	25min53s
P6	Femme	19 ans	Bac + 1	12min22s

b) Les médecins

Parmi les médecins généralistes, il y avait 4 femmes et 2 hommes, âgés de 35 à 55 ans.

	Genre	Age	Zone d'exercice (secteur)	Durée d'entretien
M1	Femme	35 ans	Urbain	18min12s
M2	Femme	49 ans	Semi rural	31min02s
M3	Femme	36 ans	Semi rural	16min43s
M4	Homme	51 ans	Rural	27min02s
M5	Homme	55 ans	Urbain	20min03s
M6	Femme	38 ans	Urbain	19min07s

II. Le parcours diagnostic

a) Les symptômes ressentis

Tous les patients sauf P4 se plaignaient de douleurs abdominales chroniques.

P1: *“Ça a commencé avec les douleurs qui étaient de plus en plus récurrentes”*

P2: *“Des douleurs dans le bas ventre et à l'estomac, parfois c'est tous les jours.”*

P3: *“C'est une maladie chronique qui donnent des douleurs au ventre et des diarrhées récurrentes”*

P5: *“Je dirais que ce sont des douleurs, par crises, parfois on n'en a pas et parfois on est embêté plusieurs jours”*

P6: *“Ce sont principalement des crampes, aux intestins, à l’estomac, parfois aussi comme des douleurs de règles alors que je n’ai pas mes règles”*

Les patients P1, P3 et P5 se plaignaient d’une forme à prédominance de diarrhées.

P1: *“Mais le pire je dirai, ce sont les diarrhées. C’est tellement souvent”*

P3: *“Les diarrhées, oui, c’est vraiment par crises, parfois tu ne peux pas sortir”*

P5: *“C’est pareil pour les diarrhées, oui, par crises aussi, mais moi je n’ai pas forcément mal tous les jours, mais les diarrhées, je dirai que c’est presque tous les jours parfois.”*

Le patient P2 se plaignait d’une forme à prédominance de constipation.

P2: *“Alors moi avec les douleurs, il peut y avoir des constipations parfois. Mais bien comme il faut, ça m’arrive de ne pas y aller pendant, oui allez, une semaine. Et il faut pousser et ça, ça aggrave les douleurs.”*

Les patients P4 et P6 décrivaient présenter une forme mixte.

P4: *“Moi les douleurs ça va, je n’en ai pas trop, enfin même je n’en ai pas vraiment, mais c’est le transit. Alors après je ne suis pas du genre à avoir mal pour rien. Mais le transit ça c’est compliqué. Parfois tu es en diarrhées pendant plusieurs jours. Puis tu te dis c’est bon c’est fini, et non, parce que tu te constipes. Pas tout le temps, ça*

dépend, parfois il y a juste les diarrhées, parfois juste la constipation aussi, on ne peut pas prévoir.”

P6: *“Et avec les douleurs, on a les troubles du transit. Parfois c’est la diarrhée, parfois c’est la constipation”*

Le médecin M2 relevait une tendance à une plus grande fréquence de consultation chez les patients atteints d’une forme à prédominance de diarrhée.

M2: *“Quand ils sont constipés, ça va, ça les dérange moins. Mais oui quand ils sont en diarrhées là, on les voit souvent, ça leur pourrit la vie.”*

Parmi les symptômes décrits, les ballonnements étaient également cités par P1.

P1: *“Et cette sensation que le ventre se gonfle à chaque fois qu’on mange. Oui j’ai beaucoup de ballonnements, alors on peut croire que ce n’est rien mais ça plus ça plus ça, ça fait beaucoup.”*

Enfin le patient P6 se plaignait le plus souvent de symptômes de cystites, qu’elle met en lien avec son syndrome de l’intestin irritable.

P6: *“Et puis vous savez, moi je fais des cystites. J’ai même eu une cure d’antibiotiques pour éviter que ça revienne. Donc je pense aussi que les intestins et la vessie, c’est lié.”*

b) Les professionnels rencontrés

Tous les patients interrogés ont pendant leur parcours diagnostic consulté un gastroentérologue. P2 et P5 avaient quant à eux consulté un deuxième gastroentérologue pour second avis.

P2: *“Moi le gastro il m’a dit “vous n’avez rien, c’est fonctionnel, ce n’est rien”. Sauf que mes symptômes ce n’est pas rien, ils sont là. Donc j’ai consulté un deuxième gastro qui lui m’a dit “vous avez un syndrome de l’intestin irritable, c’est une maladie chronique qui n’est pas grave, qui est invalidante, mais qui ne se soigne pas.””*

P5: *“J’étais allé voir un autre gastro qui m’a fait faire des radios. Il me dit “les radios sont normales, faudrait faire une coloscopie maintenant”. Donc rebelote, c’est normal, il me dit que je dois avoir une colopathie fonctionnelle.”*

P5 avait pris rendez-vous chez le premier gastroentérologue de sa propre initiative sans avis de son médecin traitant au préalable. Son médecin traitant expliquait cette démarche par l’inquiétude de P5 sur ses symptômes, en lien avec l’antécédent de cancer de son père.

P5: *“Et puis j’ai pris RDV chez un gastro, mon médecin m’avait dit à l’époque “mais non faut faire des examens avant et tout”, mais j’en avais marre donc j’ai pris RDV.”*

M5: *“Oui il était inquiet parce que son père était mort d’un cancer du colon, donc je peux comprendre.”*

La patiente P6 a consulté un gynécologue pour obtenir un avis sur ses douleurs pelviennes après que le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable ait été posé. C'était à la demande du gastroentérologue.

P6: *“C’est le gastro, il m’a demandé de voir une gynéco. Pour mes cystites et mes douleurs en bas. Il m’a dit que je pouvais très bien avoir une endométriose en plus. La gynéco elle, elle n’y croyait pas trop.”*

c) Les examens réalisés

Tous les patients ont eu au moins un bilan sanguin à la recherche d'une anémie et d'un syndrome inflammatoire.

L'ensemble des patients à l'exception de P6, ont bénéficié d'une coloscopie.

P6: *“En fait le gastro m’a dit “vous êtes jeunes, les prises de sang sont bonnes, moi il n’y a rien qui m’inquiète, on ne va pas plus loin et vous revenez si ça ne va pas”.*

Le patient P1 a bénéficié d'une fibroscopie, détectant une œsophagite. La coloscopie revenait normale. La patiente se disait soulagée qu'on ait au moins trouvé une pathologie curable lors de ces examens.

P1: *“Alors voilà, ils m’ont fait la colo, la fibro. La fibro a montré une inflammation de l’œsophage. Le gastro m’a dit qu’il suffisait d’un traitement et ça passerait. Mais la colo était normale et là il a dit “tout est normal, vous avez un syndrome de l’intestin*

irritable”. “Au moins avec le traitement, j’avais plus ces douleurs dans le haut du ventre.”

Une coproculture avec recherche de clostridium et parasitologie avait été prescrite au patient P5 en plus d’un scanner abdominal tout en émettant une réserve sur l’intérêt de la multiplication des examens et que selon lui, la coloscopie le rassurerait afin d’éliminer un cancer.

P5: *“Il m’a fait faire aussi une coproculture, il m’a dit “vous savez, les parasites, les bactéries, ce n’est pas que sous les tropiques”. [...] vous savez, je ne suis pas très examen. Il y a 5 ans j’ai flippé, c’était nouveau, et avec le cancer de mon père [...] Mais maintenant. Moi les examens, faut prendre Rendez-vous, faut y aller et tout, je n’aime pas ça. Je préfère être avec ma femme ou avec mes potes.”*

III. Les facteurs favorisants selon les patients

a) Le rôle du stress

L’ensemble des patients citaient le stress comme facteur favorisant le syndrome de l’intestin irritable. En effet, ce dernier revenait systématiquement quand il leur été demandé ce qu’ils avaient compris des explications de leur médecin traitant sur la

pathologie. L'ensemble des médecins généralistes interrogés citait également en premier lieu le stress comme facteur favorisant.

Le patient P6 semblait considérer que le stress est la principale, voir l'unique cause du syndrome de l'intestin irritable.

P6: *“Ah bah oui, c'est clairement lié au stress. De toute façon tous les médecins me l'ont dit, les intestins vont bien, mon corps il va bien, c'est le stress qui s'exprime”*

Les patients P5 et P6 considéraient être pris dans un engrenage. Le stress étant selon eux la source et le mécanisme d'entretien de ces mêmes symptômes selon eux. Les médecins M2 et M5 insistaient également sur le fait qu'il existe un cercle vicieux entre le stress lié aux symptômes et les symptômes eux-mêmes par phénomène de focalisation notamment. Le médecin M5 disait ressentir particulièrement cet effet chez le patient P5.

P5: *“Moi je le vois, tous les jours au travail je stresse de devoir passer ma journée aux toilettes. Et plus je stresse plus ça travaille là dedans, et plus je vais devoir y aller. Y a que le week-end que je suis bien, les diarrhées le week-end ça va, tu as les toilettes à côté, tu es tranquille chez toi. Mais au travail, c'est différent”*

M5: *“On sent que lui, il est focalisé en permanence sur ses symptômes. Il a du mal à les gérer, surtout au travail, oui, il me parle beaucoup du travail. Et il sait que plus il se focalise dessus plus il en aura. ”*

P6: *“En fait, c’est compliqué parce que quand tu dois toujours tout anticiper, est-ce-qu’il y a des toilettes pas loin, est-ce-que j’ai bien mes antidouleurs sur moi etc... Tu rumines, tu n’es pas bien, et je sens que ça, ça ne fait pas du bien non plus à mes intestins.*

M6: *“Mais c’est compliqué, parce que de base ils sont stressés. Mais si en plus y a des symptômes qui leur pourrissent la vie, bah ça va les stresser plus. Et le stress donne des douleurs et des diarrhées donc c’est sans fin.”*

b) L’alimentation

Tous les patients sauf P6 ont cité l’impact de l’alimentation sur leurs symptômes. Tous les médecins insistaient sur l’importance d’une alimentation saine. Sur le sujet de l’alimentation on peut dégager quelques divergences entre les croyances de certains patients et celles de leur médecin.

Le médecin M1 proposait systématiquement une fiche informative sur le régime sans FODMAPS à ses patients atteints d’un syndrome de l’intestin irritable. Mais le patient P1 semblait ne pas être totalement en accord avec le contenu de cette fiche. Elle semblait penser que l’on ne peut pas faire une fiche unique pour tout le monde et que chacun a ses besoins nutritionnels qui lui sont propres.

M3 insistait sur l’importance de manger équilibré, avec un apport suffisant en fruits et légumes. Mais P3 disait ne pas tolérer les fruits et les légumes, et estimait qu’ils participaient à l’aggravation des symptômes. Elle semblait privilégier les aliments qu’elle considère comme constipant.

M1: *“Je lui ai remis tout un régime que j’avais moi déjà de base, enfin en fait moi j’ai dans ma base de données, j’ai déjà ça, quand j’ai des patients comme ça je les imprime et je leur dis qu’il faut limiter certains aliments.”*

P1: *“Et bah la fois dernière quand on a échangé sur le sujet, elle m’a sorti une liste avec les aliments plus favorables et ceux à éviter. Et après je pense aussi que ça, ça change d’une personne à l’autre. Parce qu’il y a certains aliments qui étaient dans la liste de ceux à éviter et je me suis dit pourtant ceux-là ne me donnent pas de douleur particulière. Donc je pense que c’est différent d’une personne à l’autre.”*

M3: *“De toute façon, c’est le mal du siècle, on ne mange pas bien. Je veux dire, on a beau entendre à la télé qu’il faut manger équilibré, 5 fruits et légumes par jour, tout ça, en vrai, n’y en a pas beaucoup qui le font.”*

P3: *“Bah mon médecin me dit toujours de manger des légumes, que ça me fera du bien, mais en vrai, moi quand je mange des légumes, j’ai des diarrhées. Et pareil avec les fruits, enfin pas tous, les bananes ça va. Mais moi je sais que je me sentirai mieux en mangeant du riz que en mangeant des légumes. Je préfère encore être constipée. Et puis de toute façon dans mon état ça ne risque pas.”*

c) La sédentarité

La presque totalité des patients interrogés (P1, P2, P3 et P6) admettaient avoir un mode de vie sédentaire. Tous les médecins interrogés confiaient avoir l'habitude d'inciter leurs patients atteints d'un syndrome de l'intestin irritable à pratiquer un sport.

Les patients P1 et P2 considéraient que leur sédentarité pouvait avoir un impact négatif sur leurs symptômes. Le patient P1 justifiait sa sédentarité par son travail et l'importance de ses symptômes.

P1: *“Après voilà, j’ai un mode de vie, je veux dire, je suis assise au bureau toute la journée. Quand je rentre je suis fatiguée. Et le week-end je veux bien faire du sport, mais quel sport vous voulez faire quand vous avez des diarrhées à tout moment. Si je cours, je dois rentrer vite chez moi pour aller aux toilettes. Dans une salle de sport bah, on n’ose pas aller aux toilettes pour ça, je veux dire, ce sont des toilettes communes quand même. Mais oui, mon médecin me parle de faire du sport, elle me dit que j’aurai peut-être moins de symptômes, que je serai moins fatiguée et tout. Mais franchement, c’est difficile, enfin, c’est dur de se rendre compte. Mais j’ai déjà essayé en vrai.”*

M1: *“Et le sport, ça aussi c’est un truc que je conseille, mais c’est comme pour tout, si tu veux être en bonne santé, faut faire du sport.”*

P2: *“Mais y a plein de trucs qui jouent. Comme par exemple, moi je suis sûr que, enfin je veux dire moi je ne fais pas de sport, je marche un peu, mais quand je peux prendre la voiture, je prends la voiture. Et ça bah quand tu prends des habitudes, après c’est dur. Mais je suis sûr que ça joue. On dit tout le temps si les gens ne vont*

pas bien c'est parce qu'ils ne bougent pas assez. Alors pourquoi ça ne jouerait pas aussi sur ça."

M2: *"Bah la sédentarité c'est vraiment problématique. Ce n'est pas bon pour le stress, ce n'est pas bon pour le transit, ce n'est pas bon pour le poids et tout ça. Je leur dis à mes patients, mais c'est compliqué, ils te disent oui je vais faire un effort, et la fois d'après bah, il n'y a rien qui a changé."*

d) Le tabac et l'alcool

On note que les patients P1 et P3 étaient fumeurs au moment de l'étude.

Le patient P1 avait déjà envisagé un sevrage, et disait ne pas avoir senti d'impact positif sur les symptômes. Elle pensait que le stress causé par l'arrêt du tabac entretenait ses symptômes.

Le patient P3 ne se sentait pas prêt à arrêter de fumer et craignait d'être tendu pendant le sevrage au risque d'aggraver les symptômes.

Les patients M5 et M6 ont cité le tabac et l'alcool comme potentiel facteur aggravant.

Concernant l'alcool et la drogue, le patient P3 les a mentionnés comme facteurs aggravant sans faire état de sa propre consommation d'alcool ou de drogue.

P1: *"Après oui aussi je sais que le tabac ce n'est pas top. J'ai déjà essayé d'arrêter de fumer en plus. Mais j'étais angoissée, irritable et je crois que ça n'a pas fait du bien à ma colopathie."*

P3: *“J’ai lu aussi que le tabac ce n’était pas trop bon pour ça. Ils parlaient du tabac, de l’alcool et des drogues, ils disaient que ça déréglaient tout. Mais bon, en ce moment je ne suis pas dans la période la plus stable de ma vie, si j’arrête le tabac maintenant, j’ai peur de, enfin que je sois très tendue et que ma colopathie flambe.”*

M5: *“Oui, manger n’importe comment, fumer, boire, bah c’est rarement bon, y compris pour la colopathie.”*

M6: *“C’est sûr que si en plus ils boivent, ou ils fument, bon bah ça n’arrange pas les choses. Déjà pour le stress, et puis aussi pour les symptômes.”*

IV. L’impact sur la qualité de vie

a) L’impact sur la vie professionnelle

Tous les patients interrogés, à l’exception de P2 qui est retraitée, ont fait part de l’impact néfaste de la maladie sur leur vie professionnelle. La plupart des patients ont abordé ce sujet avant la vie socio-familiale ou affective.

Les patients P1 et P5 ont exprimé leur gêne vis-à-vis de leurs collègues décrivant un sentiment de honte devant l'expression des symptômes.

Le patient P6 a également souligné la peur des moqueries que sa pathologie pourrait engendrer.

La symptomatologie du SII chez les patients P3 et P4 a conduit à une baisse de leur rendement professionnel.

Les médecins M4 et M6 soulignaient également l'importance que ce sujet pouvait avoir lors de leurs consultations. Ils avaient l'impression que les symptômes empêchaient leurs patients de s'épanouir sur le plan professionnel.

P1: *“Vous savez, au travail, quand tu dois aller aux toilettes régulièrement, et en plus je suis irritable parce qu’il y a les douleurs. Ça me gêne beaucoup. J’ai peur de devoir me justifier. Bon en vrai, ça va, mes collègues sont bienveillants. Mais je suis gêné, à chaque fois quand on me demande “tu vas où ?”, bon bah parfois je mens, je dis que je vais fumer une clope ou que je vais chercher un truc, mais parfois tu ne peux pas mentir. Ils voient où tu vas. Donc ouai, devoir se justifier, c’est pénible.”*

P3: *“Ah bah moi je sais que de toute façon ça peut être tout le temps. Mais le plus pénible c’est au travail. Quand tu dois bosser sur un truc, être concentré, et que t’as mal, et que tu dois aller aux WC, bon bah au bout d’un moment tu es plus dans ce que tu fais. Tu bosses moins bien. Et après les remarques du patron, bah forcément tu stresses, tu bosses moins bien et ça se voit.”*

P4: *“Euh oui, bah c’est sûr que moi j’attends pas grand chose. C’est comme ça, on fait avec, on fait avec à la maison, on fait avec au travail. Pas facile au boulot. C’est*

parfois dur de bosser correctement. Moi parfois je me dis, je ne serais pas venu ça aurait été pareil.”

P6: *“Mais en vrai, moi je fais caissière pour payer mes études, genre le week-end et les jours de libre, et le reste du temps je suis à la fac, bah parfois j’ai honte. Je veux dire, tu vas aux toilettes alors que tu y es allé y a 20 minutes, tu restes longtemps. Moi je me dis, ils doivent se moquer dans mon dos ce n’est pas possible.”*

M4: *“Bah quand on les voit, c’est qu’ils sont en pleine poussée de colopathie. Ils veulent qu’on les soulage, parfois un arrêt de travail. Mais ça oui, ils nous le disent, au travail c’est compliqué. Avec des symptômes comme ça, tu as intérêt à aimer ton travail. Et encore, même ceux qui aiment leur travail, je pense qu’en vrai, ils préféreraient rester chez eux.”*

M6: *“Bah écoute P6, c’est une grande anxieuse. Je crois qu’elle travaille à côté de ses études, elle est courageuse mais c’est une grande anxieuse. Elle a besoin d’être rassurée. Et puis travailler avec ça, ce n’est pas évident. J’ai plein de patients qui m’en parlent. Je pense que cette maladie, ça leur pourrit la vie et au travail ça ne doit pas être facile. Mais en général ils ont besoin qu’on les rassure, qu’on les soulage. Parce que sinon tu vis plus, tu travailles plus et tu restes enfermé chez toi.”*

b) L’impact sur la vie socio-familiale

La moitié des patients (P1, P5 et P6) déclaraient un impact de la maladie sur leur vie sociale. Ils partageaient la crainte que des symptômes viennent perturber leurs activités extérieures, et avaient le sentiment de s’isoler chez eux. Le patient P6 a,

quant à lui, pu constater une diminution de son étayage amical qu'il imputait à cette raison.

P1: *“En fait, le problème c’est que quand tu sors, il faut anticiper que si jamais tu as des diarrhées il faut trouver des toilettes, si jamais t’as des douleurs faut se poser sur un banc et prendre un cachet. Donc oui, on sort moins, sauf quand il faut.”*

P5: *“Y a les douleurs, y a le transit, y a la fatigue. Bref, on sort plus.”*

P5: *“Parce que si jamais tu as une grosse envie et que t’es loin de chez toi, bah c’est compliqué. Ça m’arrive parfois, et tu sers les fesses, tu marches bizarrement, enfin c’est vrai qu’on sort moins. Et si y avait un truc miracle pour être safe, même juste 1h ou 2, ça serait top, je pourrais refaire tout ce que j’aimais bien faire avant, sortir toute la soirée avec des amis, me balader en forêt et tout.”*

P6: *“Bah moi en vrai si je pouvais être bien comme avant. Avant je sortais, j’avais plein d’amis. Là entre la fac, le job, la fatigue, le stress et la colopathie, bah oui une amie elle m’appelle pour qu’on sorte, je dis non, bah une fois deux fois, au bout d’un moment elle t’appelle plus, mais elle te voit plus non plus quoi.”*

c) L’impact sur la vie affective

Seul le patient P3 a fait part de l’impact du SII sur sa vie affective. Il était célibataire et décrivait un manque de confiance en soi, qu’il mettait sur le compte de la maladie et des symptômes. Ce manque de confiance en soi, selon lui, l’empêchait de s’épanouir sur le plan affectif.

P3: *“Bah en fait le truc c’est que, je suis célibataire, bon. Quand tu veux aborder quelqu’un mais que tu sais que à tout moment tu peux avoir des symptômes gênants, bah tu n’oses pas. Et même, imaginez je trouve quelqu’un, bon. On se connaît depuis pas longtemps, et je passe ma vie aux toilettes. Bah ce n’est pas très glamour. Donc oui, je n’ose pas. Et pour ça aussi ça serait bien qu’on trouve une solution pour que j’aille mieux.”*

V. Une prise en charge globale

a) Les règles hygiéno-diététiques

1) Les régimes

Les patients P1, P4 et P6 ont suivi un régime sans FODMAPS. Le patient P1 essayait de s’y conformer, mais elle ne le suivait pas à la lettre, restant convaincu qu’un tel régime doit être adapté au cas par cas (*cf rubrique alimentation*). Les patients P4 et P6 ont arrêté car ils trouvaient ce régime trop contraignant.

Le patient P5 a adapté son alimentation pour manger moins calorique et moins gras. Tout comme P1, il disait savoir ce qu'il pouvait manger et ce qu'il devait éviter.

P4: *“Oui j’ai essayé un régime. Le régime sans FODMAPS. C’était un peu mieux les symptômes, mais ce n’était pas top quand même. Mais surtout, je n’y arrivais pas, j’avais trop de tentations. Et je ne sais pas si vous avez déjà essayé, mais y a plein de trucs qu’on ne peut pas manger.”*

P6: *“J’ai fait des régimes. Je suis allé voir une diététicienne, on a fait un régime spécial, sans FODMAPS ou un truc comme ça. Elle m’a dit “vous le faites bien pendant quelques mois, et après on réintroduit petit à petit”. Mais je n’ai pas tenu parce que y a plein de trucs qu’on ne peut pas, mais moi je n’ai pas le temps de cuisiner à midi, donc j’achète sur place et c’est dur de trouver.”*

P5: *“ Il faut faire attention à ce qu’on mange. Genre je sais que si je mange trop gras ou si je mange trop bon bah, le lendemain ça ne sera pas terrible quoi.”*

Le médecin M2 avait la conviction que certains patients adoptaient des régimes non consensuels issus de sources peu fiables. Il s’agit d’une conviction, et non d’une affirmation. En effet elle précisait que les patients qui adoptent ce genre de pratique n’osent pas en parler à leur médecin traitant.

M2: *“Bah je pense qu’il y a eu des régimes, mais je t’avoue que, je pense qu’il y en a qui ont dû essayer des régimes rouge, vert, bleu, tu sais avec des couleurs. Mais non pas plus. [...] Bah quand ils essayent des choses un peu tordues comme ça, non*

remboursé, ou autre, ouai je pense que, et pourtant je suis cool hein, mais ils se disent oulala la doctoresse, elle va me prendre pour une tarée.”

2) L'activité physique

Le patient P4 déclarait avoir une activité sportive modérée. Elle ne savait pas si cette activité physique avait un impact positif sur ses symptômes, mais elle continuait sur conseils de son médecin afin de préserver une bonne santé générale.

Le patient P5 déclarait avoir un métier physique et marcher régulièrement. Mais selon lui, les règles hygiéno-diététiques ne sont pas aussi utiles que ce qu'en dit son médecin traitant. Il exprimait le sentiment qu'il y avait une tentative de culpabilisation du patient dans la volonté d'imposer les règles hygiéno-diététiques.

P4: *“Et sinon je fais un peu de sport. Mon médecin m'avait dit “vous verrez, ça vous fera du bien”. Bon je ne sais pas si ça fait du bien sur la colopathie, mais pour ma santé je me dis que ça ne peut pas faire de mal.”*

P5: *“Non mon médecin il me dit, faites du sport, mangez équilibré, attention à l'alcool. Enfin vous voyez quoi vous êtes médecin vous connaissez. Mais moi je ne bois pas, enfin très peu. Je marche beaucoup, j'ai un métier physique, je ne fume pas. Et pourtant ça ne m'empêche pas d'avoir du bide et mes problèmes de santé, enfin vous voyez quoi. [...] Bah disons que je me dis, c'est facile en fait de dire à quelqu'un qu'il est malade parce qu'il ne fait pas ce qu'il faut. Vous faites du sport mais pas assez, vous faites attention à l'alcool mais pas assez, ne faut pas en boire du tout, ne faut pas si, ne faut pas ça...En fait j'ai l'impression que c'est ça, la colopathie fonctionnelle, comme il n'y a pas de cause, pas de traitement, bah le*

coupable c'est le pauvre gars qui ne fait pas assez attention à ce qu'il mange, à ce qu'il boit, à ce qu'il marche."

b) Les traitements médicamenteux

Tous les patients, excepté P1, m'ont affirmé prendre des traitements symptomatiques en cas de symptomatologie marquée, sans préciser systématiquement le nom du médicament. Le patient P1 expliquait ne pas prendre de médicament par crainte qu'ils ne soient plus efficaces le jour où les douleurs seraient plus importantes.

Le patient P4 m'a affirmé prendre de l'ESCITALOPRAM au long cours mais pour un syndrome anxiodépressif. Elle ne savait pas si ce dernier avait un effet positif sur ses symptômes car elle le prenait avant le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable.

Les patients P2, P4 et P6 m'ont affirmé avoir déjà pris des probiotiques. Le médecin M2 m'a précisé que ces probiotiques avaient été prescrits à la suite d'un prélèvement de microbiote intestinal dans un laboratoire. C'était à l'initiative de la patiente, sans l'avis de son médecin traitant. Les effets ont été décrits comme négligeables par la patiente.

P1: *"Euh moi je n'utilise pas de médicaments, il y a des moments où j'ai des douleurs mais je n'utilise pas d'antidouleurs. C'est vrai qu'on peut avoir des douleurs mais si on utilise des antidouleurs en permanence, le jour où on va en avoir vraiment besoin ça marchera plus beaucoup je pense. Donc non moi je suis vraiment dans la résolution par contrôler ce qu'on mange et de faire attention pour ne pas influencer négativement sur tout ça."*

P4: *“D’ailleurs ce n’est pas pour rien que c’est dû au stress. J’ai une colopathie, mais j’ai aussi une dépression, je suis sous escitalopram. Quand on a découvert mon syndrome de l’intestin irritable, mon médecin m’as dit, bah oui, c’est parce que vous êtes trop stressé. Il m’a dit que l’escitalopram pouvait aider aussi pour la colopathie. Bon, je ne sais pas si ça marche. Je me dis que peut être que si je ne l’avais pas, ça serait pire.”*

P2: *“J’ai aussi essayé les probiotiques là. Mais bon, on m’avait dit que ça fonctionnerait mais je n’ai pas l’impression.”*

M2: *“Bah c’est une patiente qui avait été dans un laboratoire à Lille qui travaille sur le microbiote donc les bilans les prises de sang tout ça, ça lui a coûté déjà 400 euros, et après ils leur proposent des traitements pour remettre le microbiote et c’est à peu près dans les mêmes prix. Et par an.”*

c) Autres moyens utilisés

La patiente P4 a eu recours à une psychothérapie sur conseil de son médecin traitant. La patiente P2 a fait une psychothérapie de sa propre initiative. Le médecin M2 confiait ne pas conseiller de psychothérapie à ses patients atteints d’un syndrome de l’intestin irritable, sauf en cas de trouble anxieux associé, afin de prendre en charge le trouble anxieux en premier lieu.

P2: *“Bah une amie m’avait conseillé de voir une psychologue et faire une thérapie. Et comme j’ai vu sur internet que ça pouvait aider, bah je l’ai fait.”*

M2: *“Bah si je vois que le patient est très anxieux oui, je conseille d’aller voir un psy, mais ça n’aurait pas été forcément pour la colopathie, plutôt pour le syndrome anxieux lui-même.”*

P4: *“Mon médecin m’a dit d’aller voir un psy, il m’a dit que ça me ferait du bien. J’ai fait quelques séances, c’était pas mal, il était bien. On a fait une TCC. Ça marchait bien. Mais moi après je ne peux pas aller le voir tout le temps non plus, il faut payer et il faut le temps.”*

La patiente P4 a bénéficié de conseils d’un diététicien. Elle avait l’impression d’avoir trouvé des clés pour optimiser la gestion de ses symptômes de base, même si elle présentait encore des symptômes paroxystiques impactants.

La patiente P1 souhaitait rencontrer un diététicien, mais elle était confrontée à des problèmes logistiques l’empêchant de trouver un rendez-vous.

P4: *“Alors je suis aussi allée voir une diététicienne. Très bien. Très à l’écoute. On a fait un bilan et quelques séances, elle m’a donné pas mal de clés pour gérer l’alimentation quoi. C’était pas mal. Je dirai que, peut être un peu moins de symptômes, mais par contre j’ai encore les crises, ça ne change pas ça.”*

P1: *“Bah en fait j’avais voulu aussi prendre rendez-vous avec une diététicienne ou un diététicien et même ça c’est compliqué parce qu’ils ne sont pas pris en charge par la*

sécu, et du coup sur doctolib ils n'y sont pas, que chacun a son site, son truc et moi je trouve ça très peu euh... enfin ce n'est pas facile ce n'est pas euh clair, c'est pas. Et moi il y a des choses que je n'aime pas, notamment quand il faut payer en ligne avec son téléphone, enfin moi ce sont des trucs que je n'aime pas ça parce que les piratages ça arrive quand même assez fréquemment avec ce genre de chose. Enfin je n'ai pas trouvé de système idéal pour trouver le bon, euh la bonne personne hein. Le fait qu'ils ne soient pas sur Doctolib, enfin vraiment il y a très peu de personnes sur doctolib, enfin c'est vraiment très difficile. Et les prix sont vraiment très très variables aussi hein.”

VI. Les attentes des patients envers leur médecin traitant

a) Etre soulagé

L'ensemble des patients interrogés, excepté P1, disaient vouloir qu'on les soulage de leurs symptômes. Cette étude montre que P2 et M2, P3 et M3, P5 et M5

s'entendaient pour dire que soulager les symptômes était la principale demande des patients envers leur médecin.

P2: *“ Bah surtout qu'elle me soigne quoi, qu'elle soigne mes symptômes, qu'elle me soulage.”*

M2: *“ Après oui, ils veulent surtout qu'on trouve des solutions quand ça ne va pas. Qu'on traite leurs symptômes pour aller mieux. Donc ils cherchent souvent un nouveau médicament, un traitement euh...”*

P3: *“ Quand on va voir son médecin en général, c'est pour être soigné. Moi quand tout va bien, bah c'est tout, mais quand ça ne va pas je vais le voir pour être soigné.”*

M3: *“ Je pense qu'ils attendent surtout de nous des solutions pour gérer leurs symptômes. Ils savent qu'ils en auront tout le temps, mais parfois quand ils sont en crise, enfin qu'il y en a beaucoup quoi, ils cherchent des solutions pour aller mieux.”*

P5: *“ Bah qu'il me soulage. Enfin je veux dire euh... Les douleurs ça va, tu prends sur toi, tu te pinces, enfin voilà quoi les douleurs ça va. Mais les diarrhées, bon bah, il le sait. Quand il me voit arriver dans son cabinet il le sait, ah vous, il vous refaut des médicaments pour les diarrhées. Je veux dire quand je viens pour autre chose il est étonné quoi. Mais oui, qu'il me soulage. En même temps c'est le but d'un médecin, non ?”*

M5: *“En général, ils veulent être soulagés rapidement, pour disons, avoir une vie normale quoi. Parfois tu les vois 2, 3 fois dans la semaine dans ton cabinet, ça n’a pas marché docteur, il faut autre chose, enfin voilà quoi.”*

Le médecin M1 a également exprimé que ces patients attendaient de leur médecin d’être soulagés, mais P1 ne l’a pas exprimé lors de l’entretien.

M1: *“Bah de plus souffrir, c’est-à-dire ne plus avoir de douleur abdominale constamment, ne plus avoir le ventre ballonné et ne plus avoir de problème de transit parfois diarrhée, parfois constipation, donc surtout pour elle, enfin la plupart du temps mais surtout pour elle je pense que c’est surtout la douleur.”*

b) Ne pas omettre un diagnostic différentiel

1) La crainte du cancer

Les patients P2 et P5 ont spontanément évoqué leur crainte que l’on diagnostique un jour un cancer. Pour le patient P2, cela s’expliquait par son âge et des expériences vécues parmi ses proches. Pour le patient P5, la raison se trouvait dans ses antécédents familiaux de cancer colorectal chez le père.

P2: *“Vous savez à mon âge, enfin, c’est normal. On vit sous un couperet. Moi j’ai des amis, ça leur est tombé dessus comme ça. Un examen, ah bah Mme vous avez un cancer. Donc oui on y pense, et ça fait peur”*

P5: *“ Bah moi en fait, mon père il est mort d’un cancer du colon. Donc je dis à mon médecin j’ai mal j’ai des diarrhées. [...] Bah si bien sûr. Mais mon médecin il m’a dit, un cancer y a d’autres signes. Enfin tu perds du poids, tu as du sang, la prise de sang elle n’est pas bonne tout ça. Je fais des prises de sang assez souvent, enfin, assez souvent pour moi je parle. [...] 2-3 par an je dirai. Donc oui, le jour où je fonds, j’ai du sang, le jour ou le médecin il me dit là, la prise de sang elle est pas bonne, bon bah je referai les examens.”*

2) Le syndrome de l’intestin irritable, un diagnostic de facilité ?

Les patients P4 et P6 ont exprimé leur incompréhension face au diagnostic de syndrome de l’intestin irritable. Selon eux les investigations n’ont pas été suffisamment nombreuses pour écarter un potentiel diagnostic différentiel. Le patient P4 estimait que l’on n’avait pas pu éliminer les allergies alimentaires. La patiente P6, quant à elle, ne comprenait pas que son âge soit un prétexte à ne pas pousser les investigations plus loin.

P4: *“Mais oui par rapport à l’alimentation. Je veux dire. On n’a pas fait d’examens de truc pour dire de chercher je ne sais pas moi, une allergie, une intolérance quelque chose. Alors j’essaie de mon côté, j’essaie de voir si je mange ça, si je ne mange pas ça. Mais comment on peut dire il n’y a rien, je veux dire, on n’a pas testé.”*

P6: *“Bah quand on me dit, vous êtes jeune, les prises de sang sont bien, tout ça, on ne va pas plus loin, je ne comprends pas. On ne peut pas dire qu’il n’y a rien quand je souffre. Y a quelque chose forcément, ou alors s’il n’y a rien au moins, enfin, j’aimerais bien qu’on cherche plus quoi.”*

M4: *“ En fait, on fait des examens, on demande un avis au gastro et on se fie à son avis. Alors oui, on diagnostique une maladie pour laquelle n’y a pas de cause et pas de traitement, enfin je veux dire, qu’on guerrit pas vraiment quoi. Alors les patients parfois ils ont l’impression que bah, on n’est pas allé assez loin, qu’on peut encore faire plus. Une fois qu’on a posé ce diagnostic, et bah les patients quand ils souffrent, tout ce qu’on peut faire c’est prescrire du symptomatique et on attend que ça aille mieux quoi. On peut comprendre que parfois ça ne leur convienne pas, ils aimeraient bien qu’on trouve un truc qui a une cause, un traitement, mais bon, c’est comme ça.*

M5: *“Mais en fait le syndrome de l’intestin irritable c’est quoi? C’est on a cherché, on a rien trouvé donc vous avez ça. Bah oui y en a qui disent, bah cherche mieux. Et*

c'est ça qui est dure, aider le patient mais sans en faire plus que nécessaire."

Aucun médecin interrogé n'a fait part de la peur du cancer spécifiquement, mais les praticiens M4 et M5 ont exprimé le fait que les patients pouvaient avoir l'impression que tous les diagnostics différentiels n'avaient pas été écartés, pouvant laisser le sentiment d'un diagnostic de facilité chez certains patients.

c) Etre informé sur la pathologie

La patiente P1 souhaitait être informée sur les règles hygiéno-diététiques à adopter. La patiente P2 souhaitait être informée sur les causes et les mécanismes afin de mieux comprendre sa pathologie.

Parmi tous les médecins interrogés, seul M2 soulignait la volonté des patients d'être informés.

P1: *"Bah comme le problème c'est l'alimentation, moi je cherche, je cherche les régimes, les aliments, je demande au médecin, je demanderai au diététicien, qu'est ce que je dois faire, comment je dois changer tout ça, pour que ça s'améliore au plus ?"*

P2: *"Moi j'ai besoin de comprendre. On me dit, n'y a pas de cause. Mais y a forcément quelque chose. Donc j'essaie de savoir, comment on peut être embêté à ce point là, qu'est ce qu'on fait de mal, qu'est ce qui a de, comment dirai-je, de différent chez moi, dans mon corps, dans mes intestins pour que je sois comme ça."*

M2: *“Bah déjà comprendre la maladie. [...] Ah bah je pense oui, d’ailleurs si je peux leur donner un peu plus d’explication sur ce qu’il se passe, oui ils seront contents.”*

d) Être écouté

La patiente P6 a évoqué son envie d’être écoutée lorsqu’elle les symptômes influaient négativement son moral.

Le praticien M2 soulignait l’importance du dialogue avec ses patients, ce que corrobore le médecin M6 qui décrivait l’impression que la multiplication des consultations traduisait certainement une volonté des patients d’être entendus sur leur mal-être.

P6: *“En fait quand tu stresses, que tu ne vas pas bien, que ça joue sur les intestins, bah tu as envie d’en parler. Tu as envie aussi que quelqu’un fasse, je dirai, enfin pas une thérapie, mais qu’il te dise je comprends, on va trouver une solution, pour aller mieux vous pouvez faire ça, je suis là pour vous, enfin ce genre de choses quoi. [...] Et puis même, quand ça ne va pas, soit tu restes dans ton coin, soit t’en parles, moi ça dépend, parfois j’en parle.”*

M2: *“Bah le dialogue oui, être une oreille, la compassion tout ça, oui c’est important.”*

M6: *“En gros quand ils viennent plein de fois à ton cabinet, c’est qu’ils sont stressés, ou en détresse. Bon bah toi tu dois entendre ça, les écouter, les accompagner.”*

e) **Être rassuré**

Les patients P2 et P6 ont exprimé la volonté d'être rassurés sur leurs symptômes. Ils ont conscience que leur pathologie ne présente pas de critère de gravité mais ont besoin de l'entendre.

P2: *“C’est sûr que y a pire. En fait, quand je parle du cancer, bon bah je préfère avoir une colopathie qu’un cancer. Mais parfois avec le stress, j’ai peur. Et quand le médecin me dit eh, vous ne risquez rien de grave, il faut juste apprendre à gérer les symptômes, bah ça rassure.”*

P6: *“Je ne sais pas si c’est pareil pour tout le monde, enfin je veux dire pour les autres personnes comme moi, avec la colopathie là, mais moi je me dis, avec tout ce qu’on entend, les gens qui appellent le SAMU et qui meurent etc.... je me dis que j’aimerais bien être sûr que je n’ai rien de grave. Juste confirmer que c’est bon, ça va aller.”*

VII. Quelles perspectives d'évolution selon les patients ?

a) Des patients résignés

La plupart des patients se décrivaient comme résignés. Ils ont compris que leur pathologie était incurable et qu'ils vivraient avec toute leur vie. C'est une pensée validée également par les médecins M1, M2 et M6.

P2: *“J’ai compris que la colopathie, je vivrai avec toute ma vie. Bon bah c’est tout, je fais avec.”*

P3: *“Oui, c’est quelque chose qui fait partie de moi, je vis avec et j’apprends à gérer.”*

P4: *“On m’a tellement fait comprendre que je l’aurai tout le temps, enfin voilà, je m’attends à ça quoi, y aura des hauts et des bas, mais ça ne sera jamais parfait.”*

P5: *“ Mais en gros ça ne se traite pas, on apprend à vivre avec. Je veux dire, moi c’est mon stress tous les jours, pas d’aller au travail, mais euh... enfin d’avoir des symptômes au travail. Moi c’est à ça que je pense tous les jours. C’est bête en fait mais, moi j’ai n’ai pas peur pour l’avenir, j’ai peur tous les jours qu’enfin, d’avoir des symptômes quoi.”*

M1: *“Parce qu’au début elle avait du mal à accepter et maintenant elle dit bon bah c’est tout, je vais essayer à nouveau ça, si ça fonctionne tant mieux, si ça fonctionne pas bah on verra. Et puis je ne l’ai pas revu depuis 2 mois donc à mon avis soit elle vit avec soit elle est vraiment soulagée. Donc je pense que voilà pour cette patiente, elle*

commence à intégrer ça dans son quotidien et elle apprend à vivre avec la douleur mais du coup ne pas trop y penser.”

M2: *“Non alors franchement, ceux que j’ai ils sont tellement habitués à vivre avec qu’ils m’en parlent rarement, ce n’est vraiment pas un motif de « consult ».”*

M6: *“Bah oui, ils vivent avec tous les jours, parfois depuis de nombreuses années. Ils savent que c’est comme ça. Bon ils ne s’attendent pas à grand-chose malheureusement.”*

b) Une atténuation des symptômes avec le temps

Les patients P2 et P4 ont décrit une atténuation de leurs symptômes avec le temps.

P2: *“On vit avec mais, en vrai, je ne sais pas si c’est que je suis habituée, ou que j’y pense plus, mais c’est moins pire qu’au début. Au début c’était l’horreur. Là j’arrive à gérer, bon bien sûr parfois c’est dur, mais j’arrive à gérer quoi.”*

P4: *“J’espère quand même qu’un jour ça passera. Je me dis, là c’est mieux qu’au début, peut-être parce que mon médecin m’a rassuré. Alors peut-être que dans quelques années ce sera encore mieux.”*

c) Des motifs d'espoir

Les patients P1, P5 et P6 ressentait des motifs d'espoir pour l'avenir. Cela concerne principalement l'avancée de la science et de la pharmacologie. Mais la patiente P1 avait également l'espoir qu'un diététicien trouverait la solution pour la soulager. La patiente P6 avait l'espoir de ne plus être malade quand elle n'aurait plus de source de stress.

P1: *“Bah je me dis que peut-être si je vais voir un diététicien ou une diététicienne, peut-être qu'il saura justement faire des tests, voilà, concret, qu'on puisse éliminer bah euh les aliments qui sont justement sur ses listes et qui me conviennent tout à fait. Je pense qu'il y a quand même moyen de faire le tri dans les aliments qui nous conviennent.”*

P5: *“Bah si, c'est sûr que le jour où ils trouveront un remède miracle, je serai le premier à, enfin, vous voyez.”*

P6: *“De toute façon, doit y avoir des gens qui travaillent dessus, forcément un jour ils trouveront quelque chose. C'est obligé. Et puis bah moi je ne serai pas toujours stressée, là ce sont les études. Mais quand ça ira mieux, bah je serai moins malade je pense.”*

DISCUSSION

I. Résultats concernant l'objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les croyances des patients atteints de syndrome de l'intestin irritable (SII).

a) Croyances compatibles avec les informations transmises par le médecin

La majorité des patients expriment des croyances concordantes avec les explications fournies par leur médecin traitant. Deux facteurs majeurs sont systématiquement cités : l'alimentation et le stress.

- Sur le plan nutritionnel, les patients reconnaissent l'impact de leur régime alimentaire et expriment un besoin de conseils plus individualisés, idéalement encadrés par un(e) diététicien(ne).
- Concernant le stress, tous les patients soulignent son rôle aggravant, mais également la charge émotionnelle induite par les symptômes eux-mêmes, créant un cercle vicieux.

De plus, plusieurs patients rapportent l'effet délétère de la sédentarité sur leurs symptômes, ce qui concorde avec les recommandations habituellement données. Enfin, la consommation de substances toxiques (tabac, alcool) est mentionnée par certains, bien que la motivation à l'arrêt reste limitée.

b) Croyances divergentes de l'avis médical

Certains patients développent des convictions qui s'écartent de celles de leur médecin. Habités à vivre avec le SII, ils adaptent leurs pratiques de manière empirique.

- Une patiente souligne l'impossibilité d'un régime universel, citant des incohérences entre le régime pauvre en FODMAPs recommandé et sa tolérance individuelle.
- D'autres patients rejettent l'idée d'un bénéfice des règles hygiéno-diététiques. L'un d'eux évoque même un sentiment de culpabilisation, perçu comme une responsabilité personnelle dans la persistance des symptômes.
- Une patiente rapporte une aggravation de son état lors du sevrage tabagique, attribuée au stress de l'arrêt.
- Enfin, certains recourent à des traitements non validés (par exemple cures de probiotiques proposées en laboratoire privé), souvent sans bénéfice.

Une autre croyance fréquente concerne la légitimité du diagnostic : plusieurs patients perçoivent le SII comme un diagnostic « par défaut », regrettant l'absence d'investigations complémentaires approfondies. Certains médecins soupçonnent également leurs patients d'expérimenter, de manière autonome, des régimes ou traitements issus de sources peu fiables, sans oser en discuter en consultation.

c) Lacunes dans les connaissances des patients

Le SII est une pathologie multifactorielle impliquant des mécanismes complexes (immuno-allergiques, inflammatoires, perturbations du microbiote, anomalies de l'axe intestin-cerveau). Or, ces dimensions sont largement méconnues des patients, qui se limitent quasi exclusivement à l'alimentation et au stress.

De même, les options thérapeutiques sont mal connues. Aucun patient de l'échantillon n'avait recours aux antidépresseurs tricycliques, pourtant validés dans la prise en charge. Seuls deux ont suivi une psychothérapie, malgré la reconnaissance unanime du rôle du stress. Cette méconnaissance pourrait refléter une insuffisance d'information de la part des médecins traitants, qui mentionnent rarement la psychothérapie ou les traitements psychotropes dans ce contexte.

Enfin, plusieurs patients estiment que le diagnostic n'est posé qu'après exclusion systématique de toutes les autres pathologies, alors que les recommandations actuelles privilégient une démarche de diagnostic positif, évitant une multiplication inutile d'examens.

II. Résultats concernant les objectifs secondaires

Deux objectifs secondaires se sont imposés : analyser le ressenti des patients et identifier leurs attentes vis-à-vis du médecin traitant.

a) Ressenti des patients

Le SII exerce un impact significatif sur la qualité de vie.

- Sur le plan professionnel, la majorité des patients évoquent une baisse de productivité, une diminution de l'épanouissement au travail et un sentiment de honte vis-à-vis de leurs collègues.
- Sur le plan personnel et social, on observe une réduction des activités et un isolement progressif.
- Sur le plan affectif, certains décrivent une altération de l'estime de soi entravant la vie de couple.

Face à ces difficultés, deux attitudes émergent : une résignation (acceptation de vivre toute leur vie avec la maladie) et, chez d'autres, un certain optimisme lié à l'espoir de futures avancées scientifiques.

b) Attentes envers le médecin traitant

Cinq attentes principales ont été identifiées :

1. Soulagement des symptômes : priorité exprimée par la majorité, bien que certains se montrent prudents vis-à-vis d'un recours médicamenteux répété.
2. Investigations diagnostiques : les patients souhaitent éviter les erreurs de diagnostic, notamment face à la crainte du cancer.
3. Information : plusieurs expriment un besoin d'explications claires et actualisées sur leur pathologie chronique.
4. Écoute : certains patients ressentent un besoin fort de partager leur détresse et d'être entendus.
5. Rassurance : malgré une connaissance théorique de l'absence de gravité, deux patients souhaitent être explicitement rassurés par leur médecin.

III. Forces et limites de l'étude

a) Choix méthodologique

L'approche qualitative par entretiens semi-dirigés « en miroir » (patients/médecins) était pertinente. Elle a permis de confronter directement les croyances et d'enrichir l'analyse. La grille COREQ a servi de cadre méthodologique.

b) Validité interne

Six couples médecins/patients ont été inclus, avec diversité d'âge, de sexe et de contexte géographique. La saturation des données a été atteinte au cinquième entretien. Les biais de mémorisation représentent toutefois une limite, en particulier chez les patients anciens.

c) Validité externe

Les résultats concordent avec plusieurs travaux antérieurs :

- Le rôle du stress et de l'alimentation, ainsi que l'importance accordée à l'information et à la rassurance, ont été décrits par Delbour [56].
- L'idée de cercle vicieux stress-symptômes est évoquée par P. de Saussure [57], soulignant le rôle de l'axe intestin-cerveau.
- L'intérêt du régime sans FODMAPs a été discuté par Jené [58].
- Plus de 50 % des patients considèrent les modifications alimentaires comme essentielles selon une étude du *World Journal of Gastroenterology* (2012) [59], ce qui est corroboré dans notre cohorte (5/6 patients).

- La crainte d'une évolution vers un cancer a été relevée dans une étude américaine (2000) [60].
- Enfin, les consommations toxiques, notamment le rôle de la nicotine dans la communication intestin-cerveau, ont été rapportées par Jucquois [61] et Bonaz [62].

IV. Avancées récentes dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable

Les cinq dernières années ont été marquées par plusieurs innovations dans la compréhension et la prise en charge du SII qu'il pourrait être intéressant de proposer à ces patients.

Sur le plan diagnostique, les critères de Rome IV demeurent la référence, mais l'approche dite de "*profil clinique multidimensionnel*" (MDCP) [63] tend à s'imposer. Elle intègre les dimensions physiopathologiques, psychologiques et comportementales afin de mieux individualiser les traitements.

Au niveau pharmacologique, de nouvelles molécules se sont imposées selon le sous-type de SII :

- Tenapanor pour le SII-C, réduisant la constipation et la douleur [64] ;
- Rifaximine [54] et Eluxadoline [65] pour le SII-D, agissant respectivement sur le microbiote et les récepteurs opioïdes intestinaux ;
- D'autres molécules en développement comme Elobixibat [66], Renzapride [67] ou Solabegron [68], qui ciblent la motricité intestinale et l'hypersensibilité viscérale.

Des pistes émergentes concernent également les agonistes des récepteurs opioïdes delta (DOP) [69], testés avec succès en modèle animal, qui pourraient représenter une nouvelle voie de traitement centrée sur la modulation du stress et de la douleur.

L'alimentation reste une composante essentielle : le régime pauvre en FODMAPs demeure une référence, mais des travaux récents (2025) ont montré que le régime méditerranéen offre des bénéfices comparables en termes de réduction des douleurs abdominales, avec une meilleure tolérance et une plus grande diversité alimentaire [70].

La modulation du microbiote intestinal est également au cœur des recherches : la transplantation de microbiote fécal (FMT) a montré dans des méta-analyses récentes une amélioration significative des symptômes, suggérant une voie thérapeutique prometteuse [71].

Enfin, les thérapies psychologiques et de neuromodulation connaissent un essor croissant :

- L'hypnothérapie dirigée sur l'intestin, désormais disponible via des programmes numériques (exemple application *Nerva*), a démontré une efficacité similaire au régime FODMAP dans la réduction des symptômes [72],
- Des approches complémentaires comme le yoga, la méditation ou les thérapies cognitivo-comportementales renforcent la prise en charge globale,
- De nouvelles cibles biologiques, comme l'hormone INSL5 dans le SII-D, ouvrent la voie à des traitements personnalisés [73].

V. Innovations technologiques : le projet du Pr Guillaume Gourcerol

Une perspective particulièrement innovante est portée par le Pr Guillaume Gourcerol (CHU de Rouen), qui pilote un projet de recherche explorant la stimulation non invasive par laser ou LED de faible puissance dans le traitement du SII [74].

Cette approche vise à cibler la douleur viscérale neuropathique et la micro-inflammation résiduelle observées chez certains patients (notamment dans les formes post-infectieuses, ou associées à l'endométriose ou aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin). Les objectifs sont :

- D'évaluer l'efficacité de cette stimulation sur la sévérité des symptômes et la qualité de vie,
- D'identifier des facteurs prédictifs de réponse selon le sous-type de SII (diarrhée ou constipation).

Ce projet, soutenu en 2025 par la Fondation Charles Nicolle et la Matmut, illustre l'ouverture vers des solutions technologiques non médicamenteuses et peu invasives, centrées sur la modulation de la sensibilité intestinale.

VI. Conclusions et perspectives

Cette étude met en évidence le besoin accru d'information des patients. La diffusion d'outils pédagogiques fiables et accessibles pourrait contribuer à réduire les croyances erronées et limiter l'influence de sources peu crédibles (médias, internet).

Par ailleurs, la place de la prise en charge psychologique (thérapies cognitivo-comportementales, hypnothérapie, interventions sur l'axe intestin-cerveau) reste sous-utilisée malgré des preuves croissantes d'efficacité. Une meilleure formation des médecins généralistes à ces approches pourrait améliorer la qualité de vie des patients.

Enfin, il serait pertinent d'explorer les modalités actuelles de prescription de traitements validés (régimes adaptés, psychotropes à faible dose, régulation du microbiote), afin de mieux comprendre les freins à leur diffusion en médecine générale.

L'intégration des avancées récentes (pharmacologiques, diététiques, psychologiques et technologiques) confirme que la prise en charge du SII tend désormais vers une médecine de précision, adaptée au profil du patient et à ses comorbidités. Les innovations comme la stimulation laser/LED ou les approches centrées sur le microbiote et l'axe intestin-cerveau témoignent du dynamisme de la recherche dans ce domaine.

ANNEXES

I. Annexe 1: Guide d'entretien

Questionnaire patient

1 Ma thèse porte sur le syndrome de l'intestin irritable, qu'est ce que vous pouvez m'en dire (relances qu'avez vous compris des explications de votre médecin? et au niveau des causes? des mécanismes? des traitements?)

2 Quels sont vos espoirs ou vos craintes concernant l'évolution de la maladie ?

3 Avez-vous des intuitions ou des convictions sur la maladie que ne partage pas votre médecin traitant ? Si oui, lesquelles ?

4 Si le patient a répondu oui à la question précédente : Comment réagissez-vous quand votre médecin ne semble pas partager vos convictions sur la maladie ?

5 Pouvez vous me dire comment votre syndrome de l'intestin irritable a été diagnostiqué ?

6 Avez-vous fait vos propres recherches sur le syndrome de l'intestin irritable ? Si oui, que vous ont-elles apprises ?

7 Quelles attentes avez-vous de votre médecin traitant dans la prise en charge de votre syndrome de l'intestin irritable ?

8 Avant de finir j'aimerais en savoir plus sur vous, pouvez vous vous présenter (Age, genre, commune de résidence, profession ou niveau d'étude)? Veuillez ne pas me donner d'information directement identifiable.

9 Voyez vous quelque chose à rajouter sur tout ce que vous m'avez dit?

Questionnaire médecin

1 Ma thèse porte sur le syndrome de l'intestin irritable, qu'est ce que vous pouvez m'en dire?

2 Quelles sont selon vous les perspectives d'évolution de la maladie du point de vu de votre patient(e) ? Et du point de vu de vos patients atteints de SII de manière générale?

3 Vous a-t-il/elle déjà fait part de divergences entre vos explications sur la maladie et ses propres croyances ? Si oui, lesquelles ? Et de manière générale vos autres patients atteints d'un SII?

4 Comment réagissez-vous quand vos patients vous expriment des croyances sur la maladie qui vous semblent infondées scientifiquement ?

5 Pouvez vous me dire comment le SII a été diagnostiqué chez votre patient(e) ?

6 Votre patient(e) vous a -il/elle fait part de recherches qu'il/elle aurait fait sur le syndrome de l'intestin irritable ? Si oui, que vous en a dit votre patient(e) ?

7 Quelles sont selon vous les attentes de votre patient(e) dans la prise en charge de son syndrome de l'intestin irritable ? Et vos patients atteints d'un SII de manière générale?

8 Avant de finir j'aimerais en savoir plus sur vous, pouvez vous vous présenter ? (Age, genre, lieu d'exercice, depuis combien de temps exercez-vous?) Veuillez ne pas me donner d'information directement identifiable.

9 Voyez vous quelque chose à rajouter sur tout ce que vous m'avez dit?

II. Annexe 2: Fiche de consentement



Faculté de Médecine et de Maïeutique
56 rue du Port 59046 LILLE

Nom de l'étudiant : Dalmazzone

Prénom de l'étudiant : Julien

Tel : **03 20 13 41 47**

Lettre d'information concernant un travail de thèse

Promoteur: Institut Catholique de Lille (Faculté de Médecine & Maïeutique)

SIRET 775.624.240 000 13 – Code APE 8542Z

Investigateur et coordinateur:

Julien Dalmazzone, interne en médecine générale

Dr Hadrien Boyer, chef de clinique de médecine d'urgence

Madame, Monsieur,

Je suis Julien Dalmazzone, médecin remplaçant.

Dans le cadre de la fin de mes études, je réalise une thèse sur le thème du syndrome de l'intestin irritable, et pour se faire, je cherche des patients atteints d'un syndrome de l'intestin irritable à interroger avec leur médecin traitant. Cette lettre d'information détaille le projet de recherche et les modalités de participation.

Objectif de cette étude

L'objectif de cette étude est d'interroger des patients et leur médecin traitant sur le syndrome de l'intestin irritable.

Le fondement juridique de cette étude est l'exercice d'une mission d'intérêt public.

En quoi consiste votre participation

Cela consiste à accepter de participer à un entretien individuel , en face à face ou par téléphone, et d'accepter que cet entretien soit enregistré.

Décision de participer à la recherche

Vous rester libre de participer à cette recherche. Vous pouvez vous retirer à tout moment sans avoir à donner de raison.

Si vous ne souhaitez pas participer, veuillez ne pas prendre en compte cette fiche d'information.

Si vous souhaitez participer, merci de me contacter pour convenir ensemble des modalités de l'entretien.

Confidentialité et protection des données

Recueil et utilisation des données

L'étude est réalisée à partir de données recueillies au cours d'entretiens individuels que je serais le seul à mener. Chaque entretien est enregistré sur dictaphone, pseudonymisé et retranscrit sur Word. Les enregistrements audio seront détruits après la retranscription. Les retranscriptions écrites seront utilisées pour l'analyse des données.

Pour protéger votre vie privée, les données seront pseudonymisée par un code (P pour patient, M pour médecin, suivi d'un chiffre). Aucune donnée permettant de vous identifier ne sera apparente dans ce document.

Les données collectées lors de cette entretien seront utilisées dans le cadre de la présente étude, et pourront également être utilisées dans les publications relatives à la présente étude. Elle resteront codées sans que jamais votre identité ne soit présente dans aucun rapport ou publication d'étude.

Vos droits concernant vos données

En application du Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/79 du 27 avril 2016 et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 et son décret d'application n°2018-687, en date du premier août 2018, vous disposez:

1. D'un droit accès à vos données personnelles,
2. D'un droit e rectification de vos données,
3. D'un droit de demander la limitation du traitement dans certains cas,
4. Du droit de demander l'effacement de vos données,

5. D'un droit à la portabilité de vos données dans certains cas (c'est à dire que vous pouvez demander à récupérer vos données afin qu'elles soient transmises à un autre responsable de traitement),
6. Du droit e vous opposer à tout moment au traitement de vos données

Certains des droits listés peuvent ne pas pouvoir s'appliquer au cours de la présente étude.

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à toute données de l'étude vous concernant en application des dispositions L.1111-7 du code de la santé publique. Cependant, certaines de ces données pourrait n'être disponible qu'à la fin de l'étude.

Vos droit concernant concernant vos données s'exercent auprès du délégué à la protection des données de l'institut catholique de Lille (coordonnées ci-dessous).

Si vous pensez que vos données personnelles sont utilisées en violation de la réglementation applicable relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

La durée de conservation des données

La retranscription de l'entretien et les autres données relatives à cette étude seront conservées jusqu'à 2 ans après la dernière publication des résultats de la recherche, puis archivées pour une période de 20 ans après la fin de la recherche.

Résultats de la recherche

Une fois l'ensemble des entretiens retranscrits, Ils seront analysés. La confidentialité des données sera toujours respectée. A l'issue de la recherche, si vous le souhaitez, vous pourrez demander à être informé des résultats globaux de l'étude, lorsque ceci seront disponibles.

Contacts pour plus d'informations

Si vous avez une question concernant cette recherche, vous pouvez vous adresser à:

- Au médecin réalisant sa thèse: Julien Dalmazzone (juliendalmazzone@gmail.com)
- Au département de médecine générale de la Faculté Libre de Médecine et Maïeutique, 56 rue du Port à Lille
- Délégué à la protection des données (DPO) de l'Université Catholique de Lille:

Mme Anne BUYSSECHAERT

Data Protection Officer de l'université Catholique de Lille

60 Boulevard Vauban, 59016 Lille Cedex dpo@univ-catholille.fr

Je, soussigné(e) _____, confirme avoir lu et compris les paragraphes ci-dessus.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche: oui/non

J'autorise l'enregistrement audio pendant la durée de l'entretien: oui/non

"Les données personnelles recueillis dans ce formulaire sont nécessaires pour permettre à l'Université Catholique de Lille de traiter votre consentement. Elles seront conservées suivant le délai de prescription adéquat.

Conformément à la réglementation applicable, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de limitation (dans certains cas) au traitement de ces données ainsi que du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL."

Julien Dalmazzone

Date:

Lieu:

Signature:

Si vous acceptez que vos données soient utilisées pour cette étude, veuillez joindre ce coupon aux coordonnées suivantes:

III. Annexe 3: Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherches qualitatives [75]

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1: Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Julien Dalmazzone	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group)?
2. Validation du 3ème cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur?
3. Médecin généraliste remplaçant	Activité	Quel était leur activité au moment de l'étude?
4. Homme	Genre	Le chercheur est-il un homme ou une femme?
5. Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur?
Relations avec les participants		
6. Connaissances et inconnus	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude?
7. Ils savaient que le sujet était sur le syndrome de l'intestin irritable, et que c'était un travail de thèse	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur? Par exemple: objectifs personnels, motifs de la recherche
8. Médecin généraliste remplaçant	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur? Par exemple: biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de la recherche
Domaine 2: Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Analyse phénoménologique	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude? (Par exemple: théorie ancrée, analyse du discours,

		ethnographie, phénoménologie, analyse du contenu)
Sélection des participants		
10. Echantillonnage de convenance pour les premiers entretiens, puis dirigé	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants? Par exemple: échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule de neige
11. Téléphone ou en face à face	Prise de contact	Comment on été contactés les participants? par exemple: face-à-face, téléphone, courriel, courrier
12. 12 participants	Taille de l'échantillonnage	Combien de participants ont été inclus dans l'étude?
13. 1 patient n'a pas répondu à mes sollicitations	Non-participation	Combien de personnes ont refusés de participer ou ont abandonné? Raisons?
Contexte		
14. Selon le choix des participants: au cabinet médical ou à domicile si distanciel	Cadre de la collecte	Où les données ont-elle été recueillies? Par exemple: domicile, clinique, lieu de travail
15. Non	Présence de non-participation	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs?
16. Age, genre, niveau d'études ou métier, secteur d'habitation pour les patients Age, genre, lieu d'exercice pour les médecins	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon? Par exemple: données démographiques, date
Recueil de données		
17. Oui, il n'a pas été testé au préalable	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés? Si oui, combien de fois?

19. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données?
20. Oui	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group)?
21. Entre 12 min 22 sec et 31 min et 02 sec	Durée	Combien de temps ont durés les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group)?
22. Oui	Seuil de saturation	Le seuil de saturation -t-il été discuté?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction?
Domaine 3: Analyse et résultats Analyse des données		
24. L'auteur et une chercheuse indépendante pour la triangulation des données lors du codage, puis l'auteur seul pour codage axial et sélectif	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données?
25. Non	Description de l'arbre de codage	Les chercheurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils déterminés à l'avance ou déterminés à partir des données?
27. NVIVO	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats?
Rédaction		
29. Oui	Citations présentes	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats? Chaque citation est-elle identifiée?

		Par exemple: Numéro de participant
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été clairement dans les résultats?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y-a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires?

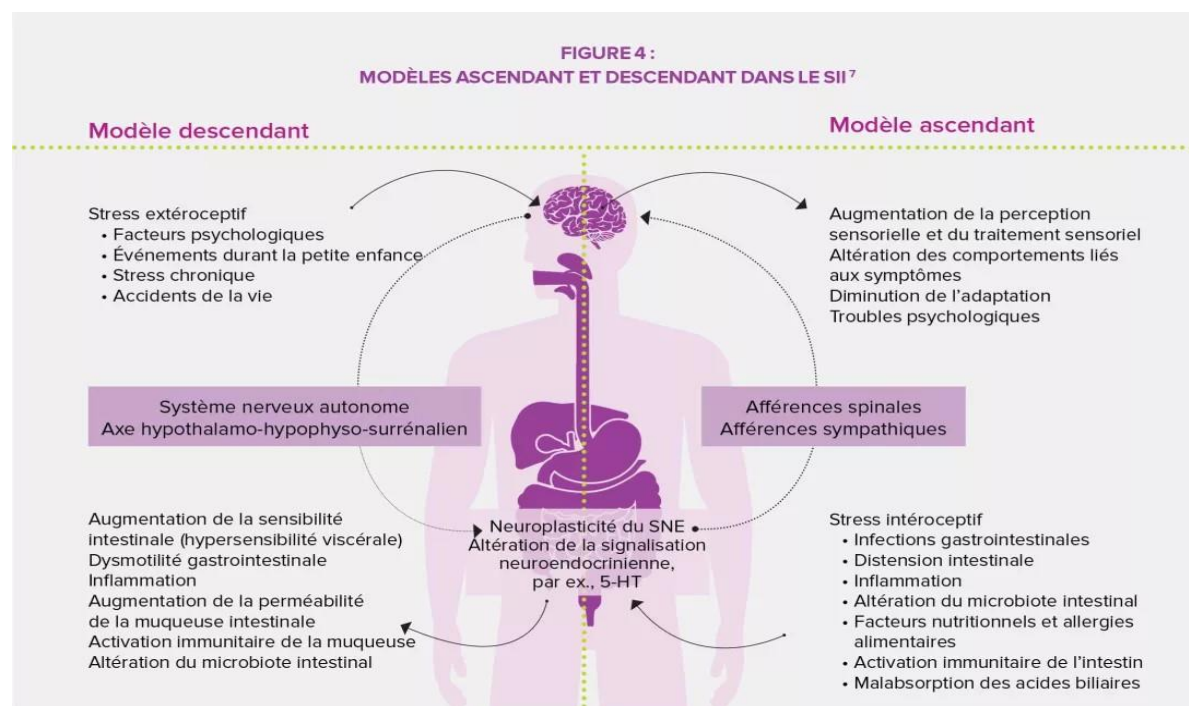
IV. Tableau 1 : Classification des maladies fonctionnelles digestives [76]

A. Maladies fonctionnelles de l'œsophage
A1. Douleur thoracique fonctionnelle A2. Brûlure rétrosternale fonctionnelle A3. Hypersensibilité au reflux A4. Globus A5. Dysphagie fonctionnelle
B. Maladies fonctionnelles gastroduodénales
B1. Dyspepsie fonctionnelle B1a. syndrome de souffrance postprandiale B1b. syndrome de douleurs épigastriques B2. Troubles de renvoi d'air B2a. renvoi d'air supragastrique excessif B2b. renvoi d'air gastrique excessif B3. Troubles de nausée et vomissements B3a. syndrome de nausées et vomissements chroniques B3b. syndrome de vomissement cyclique B3c. syndrome d'hyperémèse cannabinoïde B4. Syndrome de rumination
C. Maladies intestinales
C1. Syndrome de l'intestin irritable (IBS) • IBS avec prédominance de constipation • IBS avec prédominance de diarrhée • IBS avec transit de type mixte • IBS non classifié C2. Constipation fonctionnelle C3. Diarrhée fonctionnelle C4. Distension/ballonnement abdominal fonctionnel C5. Maladie intestinale fonctionnelle non classifiée C6. Constipation induite par les opiacés
D. Douleur gastro-intestinale médiée par le système nerveux central
D1. Syndrome de douleur abdominale médiée par le système nerveux central D2. Syndrome de l'intestin narcotique/hyperalgésie intestinale induite par les opiacés
E. Maladies de la vésicule biliaire et du sphincter d'Oddi
E1. Douleur biliaire E1a. maladies fonctionnelles de la vésicule biliaire E1b. maladie fonctionnelle biliaire du sphincter d'Oddi E2. Maladie fonctionnelle pancréatique du sphincter d'Oddi
F. Maladies anorectales
F1. Incontinence fécale F2. Douleur anorectale fonctionnelle F2a. syndrome du <i>levator ani</i> F2b. douleur anorectale fonctionnelle non spécifiée F2c. <i>proctalgia fugax</i> F3. Maladies fonctionnelles de la défécation F3a. défécation avec propulsion inadéquate F3b. défécation dyssynergique

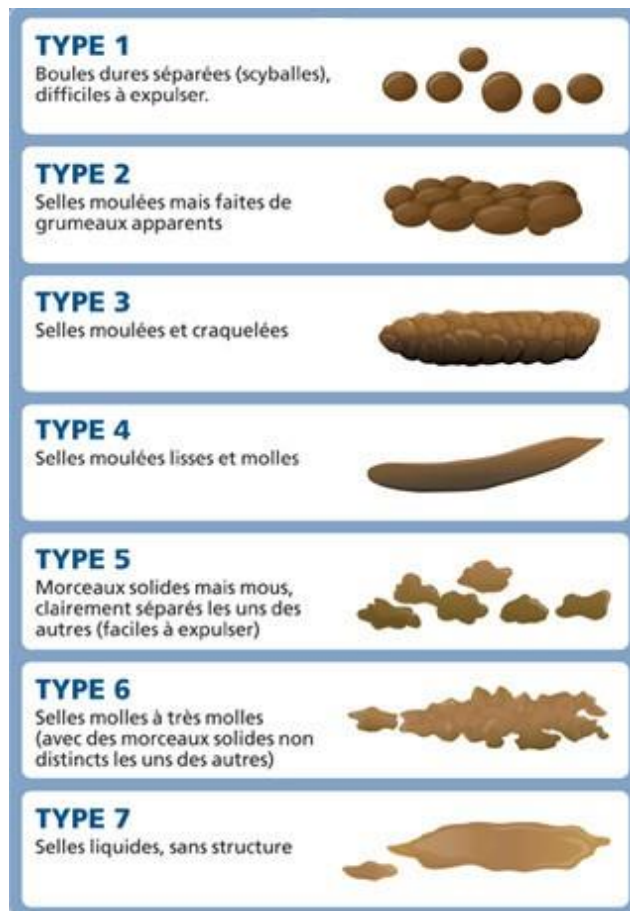
V. Tableau 2 : Critères de Rome IV pour le diagnostic du syndrome de l'intestin irritable, publié en 2016, comparés aux critères de Rome III publiés en 2006 [77]

Critères de Rome IV
Douleur abdominale en moyenne au moins 1 journée/semaine durant les 3 derniers mois, associée à deux ou plus des critères suivants : 1. La défécation 2. Un changement dans la fréquence des selles 3. Un changement dans la forme des selles (Ces critères doivent être remplis pendant les 3 derniers mois avec début des symptômes au moins 6 mois avant le diagnostic)
Critères de Rome III
Douleur abdominale ou dysconfort (sensation qui n'est pas décrite comme douleur) au moins pendant 3 jours/mois dans les 3 derniers mois, associée à deux ou plus des critères suivants : 1. Amélioration à la défécation 2. Début associé à un changement dans la fréquence des selles 3. Début associé à un changement dans la forme des selles (Ces critères doivent être remplis pendant les 3 derniers mois avec début des symptômes au moins 6 mois avant le diagnostic)

VI. Figure 1: Axe neuro-intestinal [78]



VII. Figure 2: Echelle de Bristol [79]



BIBLIOGRAPHIE

1. Marx M, Maye H, Abdelrahman K, Hessler R, Moschouri E, Aslan N, Godat S, Nichita C, Wiesel P, Perez L, Schoepfer AM. Maladies fonctionnelles digestives : mise au point concernant la classification Rome IV. Rev Med Suisse. 2018;14:1512-6. Disponible sur : https://www.revmed.ch/view/427124/3692471/RMS_616_1512.pdf
2. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Maladies de l'appareil digestif. La santé observée. Mars 2015. Disponible sur : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2015_PDF/2015_mal_app_digestif_Iso.pdf
3. Lovell RM, Ford AC (July 2012). "Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis". *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 10 (7): 712–721.e4. doi:10.1016/j.cgh.2012.02.029. PMID 22426087. Pooled prevalence in all studies was 11.2% (95% CI, 9.8%-12.8%). The prevalence varied according to country (from 1.1% to 45.0%) and criteria used to define IBS... Women are at slightly higher risk for IBS than men.
4. Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. Clin Epidemiol 2014 ; 6 : 71–80. [PubMed] [Google Scholar]
5. Kim YS, Kim N. Sex-gender differences in irritable bowel syndrome. J Neurogastroenterol Motil 2018 ; 24 : 544–558. [CrossRef] [PubMed] [Google Scholar]
6. "Definition and Facts for Irritable Bowel Syndrome". NIDDKD. February 23, 2015. Archived from [the original](#) on April 2, 2016. Retrieved March 29, 2016.
7. Canavan C, West J, Card T, [Review article: the economic impact of the irritable bowel syndrome](#) [archive], Aliment Pharmacol Ther, 2014;40:1023-34
8. Hulisz D (2004). ["The burden of illness of irritable bowel syndrome: current challenges and hope for the future"](#). *Journal of Managed Care Pharmacy*. 10 (4): 299–309. doi:10.18553/jmcp.2004.10.4.299. PMC 10437478. PMID 15298528. S2CID 9413379.
9. Wang B, Duan R, Duan L (May–June 2018). ["Prevalence of sleep disorder in irritable bowel syndrome: A systematic review with meta-analysis"](#). *Saudi Journal of Gastroenterology*. 24 (3): 141–150. doi:10.4103/sjg.SJG_603_17. PMC 5985632. PMID 29652034.
10. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR (April 2002). ["Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications?"](#). *Gastroenterology*. 122 (4): 1140–56. doi:10.1053/gast.2002.32392. PMID 11910364.

11. Talley NJ (November 2006). "[Irritable bowel syndrome](#)". *Internal Medicine Journal*. 36 (11): 724–728. doi:[10.1111/j.1445-5994.2006.01217.x](#). PMC [1761148](#). PMID [17040359](#).
12. Sperber AD, Dekel R (April 2010). "[Irritable Bowel Syndrome and Co-morbid Gastrointestinal and Extra-gastrointestinal Functional Syndromes](#)". *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. 16 (2): 113–119. doi:[10.5056/jnm.2010.16.2.113](#). PMC [2879857](#). PMID [20535341](#).
13. Enck P, Aziz Q, Barbara G, Farmer AD, Fukudo S, Mayer EA, et al. (March 2016). "[Irritable bowel syndrome](#)". *Nature Reviews. Disease Primers*. 2: 16014. doi:[10.1038/nrdp.2016.14](#). PMC [5001845](#). PMID [27159638](#).
14. Creed F (September 2019). "[Review article: the incidence and risk factors for irritable bowel syndrome in population-based studies](#)". *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 50 (5): 507–516. doi:[10.1111/apt.15396](#). ISSN [0269-2813](#). PMID [31313850](#).
15. Bourgeois JC. Causes et facteurs de risque du syndrome du côlon irritable (SCI). Fmedic. 2021 Nov 17. Disponible sur : <https://fmedic.org/causes-et-facteurs-de-risque-du-syndrome-du-colon-irritable-sci>
16. Thabane M, Kottachchi DT, Marshall JK (August 2007). "[Systematic review and meta-analysis: The incidence and prognosis of post-infectious irritable bowel syndrome](#)". *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 26 (4): 535–544. doi:[10.1111/j.1365-2036.2007.03399.x](#). PMID [17661757](#). S2CID [41136248](#).
17. Shanahan F, Quigley EM (May 2014). "[Manipulation of the microbiota for treatment of IBS and IBD-challenges and controversies](#)". *Gastroenterology*. 146 (6): 1554–1563. doi:[10.1053/j.gastro.2014.01.050](#). PMID [24486051](#).
18. Santos J, Silva F, Ferreira J, et al. Causes et facteurs de risque du syndrome du côlon irritable. Fmedic. 2021 Nov 17. Disponible sur : <https://fmedic.org/causes-et-facteurs-de-risque-du-syndrome-du-colon-irritable-sci>
19. Beatty JK, Bhargava A, Buret AG (April 2014). "[Post-infectious irritable bowel syndrome: mechanistic insights into chronic disturbances following enteric infection](#)". *World Journal of Gastroenterology*. 20 (14): 3976–85. doi:[10.3748/wjg.v20.i14.3976](#). PMC [3983453](#). PMID [24744587](#).
20. Ropert A. Troubles de la motricité intestinale et hypersensibilité viscérale dans le syndrome de l'intestin irritable. *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33 :S35-9
21. Azpiroz F, Bouin M, Camilleri M. Mechanisms of hypersensitivity in IBS and functional disorders. *Neurogastroenterol Motil* 2007;19 :62-88
22. Mayer EA, Naliboff BD, Craig AD. Neuroimaging of the brain-gut axis : from basic understanding to treatment of functional GI disorders. *Gastroenterology* 2006;131 :1925-42

23. Camilleri M. Peripheral mechanisms in irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 2012;367 :1626-35
24. Fukudo S, Nomura T, Muranaka M, Taguchi F (September 1993). "Brain-gut response to stress and cholinergic stimulation in irritable bowel syndrome. A preliminary study". *Journal of Clinical Gastroenterology*. 17 (2): 133–41. [doi:10.1097/00004836-199309000-00009](https://doi.org/10.1097/00004836-199309000-00009). [PMID 8031340](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8031340/).
25. Petra *et al.*, « Gut-Microbiota-Brain Axis and Its Effect on Neuropsychiatric Disorders With Suspected Immune Dysregulation », *Clin. Ther.*, vol. 37, no 5, mai 2015, p. 984–95 ([PMID 26046241](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26046241/), [PMCID 4458706](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4458706/), [DOI 10.1016/j.clinthera.2015.04.002](https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2015.04.002))
26. Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, et al. (December 2007). "[Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management](#)". *Gut*. 56 (12): 1770–1798. [doi:10.1136/gut.2007.119446](https://doi.org/10.1136/gut.2007.119446). [PMC 2095723](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2095723/). [PMID 17488783](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488783/).
27. Fukudo S (January 2007). "Role of corticotropin-releasing hormone in irritable bowel syndrome and intestinal inflammation". *Journal of Gastroenterology*. 42 (Suppl 17): 48–51. [doi:10.1007/s00535-006-1942-7](https://doi.org/10.1007/s00535-006-1942-7). [PMID 17238026](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17238026/). [S2CID 26067985](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26067985/).
28. Mróz M, Czub M, Brytek-Matera A (August 2022). "[Heart Rate Variability-An Index of the Efficacy of Complementary Therapies in Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review](#)". *Nutrients*. 14 (16): 3447. [doi:10.3390/nu14163447](https://doi.org/10.3390/nu14163447). [PMC 9416471](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9416471/). [PMID 36014953](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36014953/).
29. Bennet SM, Ohman L, Simren M (May 2015). "[Gut microbiota as potential orchestrators of irritable bowel syndrome](#)". *Gut and Liver*. 9 (3): 318–31. [doi:10.5009/gnl14344](https://doi.org/10.5009/gnl14344). [PMC 4413965](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4413965/). [PMID 25918261](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25918261/).
30. Rothenberg ME (June 2021). "An Allergic Basis for Abdominal Pain". *The New England Journal of Medicine*. 384 (22): 2156–2158. [doi:10.1056/NEJMcibr2104146](https://doi.org/10.1056/NEJMcibr2104146). [PMID 34077648](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34077648/). [S2CID 235322218](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/235322218/).
31. Pavan F, Costantino A, Tontini GE, Elli L, Siragusa N, Lasagni G, et al. (March 28, 2025). "[Is IBS a Food Allergy? Confocal Laser Endomicroscopy Findings in Patients with IBS: A Narrative Review](#)". *Applied Sciences*. 15 (7): 3717. [doi:10.3390/app15073717](https://doi.org/10.3390/app15073717). [ISSN 2076-3417](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20763417/).
32. De Bortoli N, Savarino E, Marabotto E, et al. Le rôle des réactions immuno-allergiques aux aliments dans le syndrome de l'intestin irritable. *Neurogastroenterol Motil*. 2014;26(11):1512-20. [doi:10.1111/nmo.12351](https://doi.org/10.1111/nmo.12351).
33. Williams CE, Williams EA, Corfe BM (October 2018). "[Vitamin D status in irritable bowel syndrome and the impact of supplementation on symptoms: what do we know and what do we need to know?](#)" (PDF). *European Journal of Clinical Nutrition*. 72 (10): 1358–1363. [doi:10.1038/s41430-017-0064-z](https://doi.org/10.1038/s41430-017-0064-z). [PMID 29367731](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29367731/). [S2CID 19291568](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19291568/).
34. Ferguson LR, Laing B, Marlow G, Bishop K (January 2016). "The role of vitamin D in reducing gastrointestinal disease risk and assessment of individual dietary intake

needs: Focus on genetic and genomic technologies". *Molecular Nutrition & Food Research*. 60 (1): 119–33. doi:[10.1002/mnfr.201500243](https://doi.org/10.1002/mnfr.201500243). PMID [26251177](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26251177/).

35. Barbalho SM, Goulart RA, Araújo AC, Guiguer ÉL, Bechara MD (April 2019). "Irritable bowel syndrome: a review of the general aspects and the potential role of vitamin D". *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 13 (4): 345–359. doi:[10.1080/17474124.2019.1570137](https://doi.org/10.1080/17474124.2019.1570137). PMID [30791775](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30791775/). S2CID [73484679](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/73484679/).

36. Beyder A, Farrugia G (2016). "[Ion channelopathies in functional GI disorders](#)". *American Journal of Physiology. Gastrointestinal and Liver Physiology*. 311 (4): G581 – G586. doi:[10.1152/ajpgi.00237.2016](https://doi.org/10.1152/ajpgi.00237.2016). PMC [5142191](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5142191/). PMID [27514480](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27514480/).

37. Verstraelen TE, Ter Bekke RM, Volders PG, Masclee AA, Kruimel JW (2015). "The role of the SCN5A-encoded channelopathy in irritable bowel syndrome and other gastrointestinal disorders". *Neurogastroenterology & Motility*. 27 (7): 906–13. doi:[10.1111/nmo.12569](https://doi.org/10.1111/nmo.12569). PMID [25898860](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25898860/).

38. Wouters MM, Vicario M, Santos J (January 2016). "[The role of mast cells in functional GI disorders](#)". *Gut*. 65 (1): 155–68. doi:[10.1136/gutjnl-2015-309151](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2015-309151). PMID [26194403](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26194403/). S2CID [3456082](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3456082/).

39. Camilleri M, Madsen K, Spiller T et al. Intestinal barrier function in health and gastrointestinal disease. *Neurogastroenterol Motil* 2012 ;24 :503-12

40. El-Serag HB, Pilgrim P, Schoenfeld P. Systemic review: Natural history of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004 Apr 15;19(8): 861-70. doi: 10.1111/j.1365-2036.2004.01929.x. PMID: 15080847.

41. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, Chey WD, Keefer LA, Long MD, Moshiree B. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021 Jan;116(1):17-44. doi: 10.14309/ajg.0000000000001036. PMID: 33315591. [medibas.pl+2ncbi.nlm.nih.gov+2medibas.pl+2](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33315591/)

42. Black CJ, Staudacher HM, Ford AC (June 2022). "[Efficacy of a low FODMAP diet in irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis](#)" (PDF). *Gut* (Systematic review). 71 (6): 1117–1126. doi:[10.1136/gutjnl-2021-325214](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2021-325214). PMID [34376515](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34376515/).

43. Cuffe MS, Staudacher HM, Aziz I, Adame EC, Krieger-Grubel C, Madrid AM, et al. (April 2025). "Efficacy of dietary interventions in irritable bowel syndrome: a systematic review and network meta-analysis". *Lancet Gastroenterol Hepatol* (Systematic review). 10 (6): 520–536. doi:[10.1016/S2468-1253\(25\)00054-8](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(25)00054-8). PMID [40258374](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40258374/).

44. Aupetit A, Draullette M, Joly F. Risques des régimes restrictifs dans le syndrome de l'intestin irritable : attention aux troubles du comportement alimentaire – Focus sur le trouble de restriction ou évitement de l'ingestion des aliments (ARFID). *Hépatogastro & Oncologie Digestive*. 2022;29(8):935-941. Disponible sur : <https://stm.cairn.info/revue-hepato-gastro-et-oncologie-digestive-2022-8-page-935> [librairiejle.com+8jle.com+8stm.cairn.info+8stm.cairn.info](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39811111/)

45. Moayyedi P, Quigley EM, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. (September 2014). "The effect of fiber supplementation on irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis". *The American Journal of Gastroenterology*. 109 (9): 1367–1374. [doi:10.1038/ajg.2014.195](https://doi.org/10.1038/ajg.2014.195). [PMID 25070054](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25070054/). [S2CID 8076372](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25070054/).
46. Vasant DH, Paine PA, Black CJ, Houghton LA, Everitt HA, Corsetti M, et al. (2021). "British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome". *Gut*. 70 (7): 1214–1240. [doi:10.1136/gutjnl-2021-324598](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2021-324598). [PMID 33903147](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33903147/).
47. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, Chey WD, Keefer LA, Long MD, et al. (2021). "ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome". *American Journal of Gastroenterology*. 116 (1): 17–44. [doi:10.14309/ajg.0000000000001036](https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001036). [PMID 33315591](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33315591/).
48. Johannesson E, Ringström G, Abrahamsson H, Sadik R. Intervention to increase physical activity in irritable bowel syndrome shows long-term positive effects. *World J Gastroenterol*. 2015;21(2):600-8.
49. Joo JS, Ehrenpreis ED, Gonzalez L, Kaye M, Breno S, Wexner SD, et al. (June 1998). "Alterations in colonic anatomy induced by chronic stimulant laxatives: the cathartic colon revisited". *Journal of Clinical Gastroenterology*. 26 (4): 283–6. [doi:10.1097/00004836-199806000-00014](https://doi.org/10.1097/00004836-199806000-00014). [PMID 9649012](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9649012/).
50. Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JW (August 2011). "[Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome](#)". *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013 (8): CD003460. [doi:10.1002/14651858.CD003460.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003460.pub3). [PMC 8745618](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21833945/). [PMID 21833945](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21833945/). [S2CID 22977015](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21833945/).
51. Simrén M, Barbara G, Flint HJ, Spiegel BM, Spiller RC, Vanner S, et al. (January 2013). "[Intestinal microbiota in functional bowel disorders: a Rome foundation report](#)". *Gut*. 62 (1): 159–76. [doi:10.1136/gutjnl-2012-302167](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302167). [PMC 3551212](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22730468/). [PMID 22730468](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22730468/).
52. Malik Z. Syndrome de l'intestin irritable. MSD Manual. Mis à jour en mai 2024. Disponible sur : https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-gastro-intestinaux/syndrome-de-l-intestin-irritable/syndrome-de-l-intestin-irritable#Traitement_v896639_fr
53. Nybacka S, Törnblom H, Josefsson A, et al. A low FODMAP diet plus traditional dietary advice versus a low-carbohydrate diet versus pharmacological treatment in irritable bowel syndrome (CARIBS): a single-centre, single-blind, randomised controlled trial.
54. Ford AC, Harris LA, Lacy BE, Quigley EM, Moayyedi P (November 2018). "[Systematic review with meta-analysis: the efficacy of prebiotics, probiotics, synbiotics and antibiotics in irritable bowel syndrome](#)". *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 48 (10): 1044–1060. [doi:10.1111/apt.15001](https://doi.org/10.1111/apt.15001). [PMID 30294792](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30294792/). [S2CID 52933693](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30294792/).

55. Buisson A. Transplantation de microbiote fécal : une option dans le syndrome de l'intestin irritable avec ballonnements ? Hépatogastro & Oncologie Digestive. 2021;28(2):302-305. Disponible sur : https://stm.cairn.info/revue-hepatogastro-et-oncologie-digestive-2021-2-page-302?lang=fr_jle.com
56. Delbour C. Le vécu des patients atteints du syndrome de l'intestin irritable et leurs attentes [thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. Lille : Université Lille 2 – Droit et Santé, Faculté de médecine Henri Warembourg; 2016. Soutenue le 15 septembre 2016.
57. Troubles psychoaffectifs au cours du syndrome de l'intestin irritable : mythe ou réalité ? - ScienceDirect [Internet]. [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0248866317307622>
58. Jené J. *L'apport du régime pauvre en FODMAPs dans le Syndrome de l'intestin irritable* [thèse pour le diplôme d'État de docteur en pharmacie]. Lille : Université de Lille – Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques; soutenue le 3 juillet 2019. Disponibilité : [pepite-depot.univ-lille.fr].
59. Olafsdottir LB, Gudjonsson H, Jonsdottir HH, Jonsson JS, Bjornsson E, Thjodleifsson B. Irritable bowel syndrome : physicians' awareness and patients' experience. World J Gastroenterol. 2012 Jul; 18(28):3715-20.
60. Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome in general practice : prevalence, characteristics, and referral. Gut. 2000; 46:78-82.
61. Jucquois C. L'influence de l'alimentation sur le syndrome de l'intestin irritable. 2020.
62. Bonaz B. Communication entre cerveau et intestin. La Revue de Médecine Interne. 1 août 2010;31(8):581-5.
63. Sabate JM. Recommandations sur la prise en charge du Syndrome de l'Intestin Irritable (SII).
64. Drugs.com [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Tenapanor Hydrochloride Monograph for Professionals. Disponible sur: <https://www.drugs.com/monograph/tenapanor-hydrochloride.html>
65. Lembo AJ, et al. Eluxadoline for irritable bowel syndrome with diarrhea. N Engl J Med 2016;374:242.
66. Chedid V, Vijayvargiya P, Camilleri M. Drug Profile Elobixibat for the Treatment of Constipation. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. oct 2018;12(10):951-60.

67. Renzapride - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/topics/neuroscience/renzapride>
68. Solabegron - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/solabegron>
69. Clinique M. Les agonistes des récepteurs Δ opioïdes sont prometteurs pour le traitement des symptômes de type SCI [Internet]. Ma Clinique : L'information médicale par des professionnels de la santé. 2025 [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://ma-clinique.fr/les-agonistes-des-recepteurs-d-opioides-sont-prometteurs-pour-le-traitement-des-symptomes-de-type-sci>
70. Wuestenberghs F, Jouët P, Schmitt AS, Raynaud JJ, Benamouzig R, Sabaté JM. *Which diet for Irritable Bowel Syndrome patients?* Hépatogastro- & Oncologie Digestive. 1 mai 2025;32(5):447-53.
71. Buisson A. Transplantation de microbiote fécal : une option dans le syndrome de l'intestin irritable avec ballonnements ? Hépatogastro- & Oncologie Digestive. 2021;28(2):302-5.
72. Nerva, a mobile application of gut-directed hypnotherapy for irritable bowel syndrome: User characteristics, patterns of use, and predictors of persistence - Lauren Simicich, Vanessa Muniz, Katherine Scheffrahn, Gary Elkins, 2024 [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20552076241263257>
73. Bannon CA, Walters JRF, Wu T, Kay RG, Punnoose A, Spiller RC, et al. Insulin-like peptide 5 is released in response to bile acid in the rectum and is associated with diarrhoea severity in patients with bile acid diarrhoea. Gut [Internet]. 23 juill 2025 [cité 8 sept 2025]; Disponible sur: <https://gut.bmj.com/content/early/2025/07/23/gutjnl-2025-335393>
74. Douleurs viscérales : un nouvel équipement innovant au CHU de Rouen - Fondation Charles Nicolle-Normandie [Internet]. 2025 [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.fondation-charlesnicolle.fr/douleurs-viscerales-un-nouvel-equipement-innovant-au-chu-de-rouen/>
75. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.

76. RMS_616_1512_tbl01.jpg_i1140.jpg (480×1013) [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/var/site/storage/images/rms/2018/rms-n-616/images/rms_616_1512_tbl01.jpg/2266607-1-fre-CH/RMS_616_1512_tbl01.jpg_i1140.jpg

77. Marx M, Maye H, Abdelrahman K, Hessler R, Moschouri E, Aslan N, et al. Maladies fonctionnelles digestives: mise au point concernant la classification Rome IV. Rev Med Suisse. 29 août 2018;616:1512-6.

78. Focus : axe intestin-cerveau | Contenus pour les professionnels de santé | Institut du Microbiote [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.biocodexmicrobiotainstitute.com/fr/pro/focus-axe-intestin-cerveau>

79. echelle-bristol.jpg (318×460) [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://sante-en-main.fr/wp-content/uploads/2017/10/echelle-bristol.jpg>

AUTEUR : Nom : DALMAZZONE

Prénom : JULIEN

Date de soutenance : mercredi 29 octobre 2025 à 14h

Titre de la thèse : Croyances des patients atteints d'un syndrome de l'intestin irritable

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : médecine générale

DES + FST/option : médecine générale

Mots-clés : Syndrome de l'intestin irritable, croyances, ressenti, attentes, médecine générale

Résumé :

Contexte: Le syndrome de l'intestin irritable est une pathologie chronique courante (4 à 5% de la population française), multifactorielle, et pour laquelle de nombreuses études sont encore en cours pour expliquer les mécanismes et proposer des prises en charge thérapeutiques. Dans ce contexte, j'ai voulu explorer les croyances des patients atteints d'un syndrome de l'intestin irritable.

Méthode: L'étude est qualitative par analyse interprétative phénoménologique, et réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés avec des patients vivants dans le Nord Pas de Calais et leur médecin traitant. Douze entretiens ont été menés. L'analyse de retranscriptions est triangulée.

Résultats: L'impact de l'alimentation, de la sédentarité et de la consommation de toxiques sont cités comme facteurs aggravant de la pathologie. Outre les prises en charge thérapeutiques, une grande importance est laissée aux règles hygiéno-diététiques. Des difficultés peuvent être rencontrées dans l'application des règles hygiéno-diététiques. Certains patients ne sont pas satisfaits du diagnostic et déplorent le manque d'explorations complémentaires, évoquant parfois un diagnostic de facilité. On note un impact de la maladie sur la qualité de vie. Les patients ont évoqué une diminution de la qualité de vie professionnelle, socio-familiale et affective. Soulagement des symptômes, investigations, information, écoute et rassurance sont autant d'attentes exprimées par les patients envers leur médecin traitant.

Conclusion: Des croyances contraires aux informations données par les médecins généralistes et un manque de connaissance des patients sont mis en évidence dans cette étude. Les dernières avancées scientifiques, une amélioration des sources d'information et une meilleure compréhension des croyances, du ressenti et des attentes des patients sont des pistes pour améliorer l'adhésion des patients au parcours diagnostic et thérapeutique.

Composition du Jury :

Président : Professeur Vincent Tiffreau

Asseseurs : Docteur Isabelle Bodein

Directeur de thèse : Docteur Hadrien Boyer