

INTRODUCTION.....	9
I. EPIDEMIOLOGIE DES MICI.....	10
A. EPIDEMIOLOGIE DES MICI EN FRANCE.....	10
1. DONNEES DU SNIIRAM ⁽¹⁾	10
2. PARTICULARITES DU REGISTRE EPIMAD ⁽²⁾	13
3. PARTICULARITES DE LA REPARTITION DES MALADES ATTEINTS DE MICI ^{(2) (3)}	14
B. ÉPIDEMIOLOGIE DES MICI EN REGION PACA ⁽¹⁾	17
II. PROBLEMATIQUE DES MICI : MALADIES COMPLEXES	18
A. PRESENTATION GENERALE DES MICI ^{(4) (5)}	18
1. PRESENTATION GENERALE DE LA RCH.....	18
2. PRESENTATION GENERALE DE LA MC	18
3. CLASSIFICATION DE VIENNE ET DE MONTREAL.....	18
B. ATTEINTES CLINIQUES DES MICI ⁽⁵⁾	20
1. MANIFESTATIONS DIGESTIVES DES MICI	20
2. MANIFESTATIONS EXTRA-DIGESTIVES DES MICI ^{(5) (6)}	21
III. RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE DES MICI.....	23
A. INTERET DES GUIDELINES DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES	23
B. PLACE DES EXAMENS BIOLOGIQUES DANS LE DIAGNOSTIC DES MICI ^{(9) (10) (11)}	24
1. BILAN BIOLOGIQUE DE BASE	24
2. MARQUEURS BIOLOGIQUES (ANCA, ASCA).....	25
3. BILAN INFECTIEUX.....	25

C. PLACE DES EXAMENS ENDOSCOPIQUES DANS LE DIAGNOSTIC DES MICI⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾.....	26
1. ILEO-COLOSCOPIE	26
2. PARTICULARITE DE LA MALADIE DE CROHN : ENDOSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE	29
D. PLACE DES EXAMENS D'IMAGERIE DANS LES MICI⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾.....	29
1. LES DIFFERENTS EXAMENS D'IMAGERIE	29
2. LES STRATEGIES D'EXPLORATION	32
E. INTERET DE LA CALPROTECTINE FCALE DANS LE DIAGNOSTIC DES MICI⁽²⁰⁾.....	34
IV. RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES MICI⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾.....	34
A. TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DES POUSSSEES AIGUES (CORTICOTHERAPIE, DERIVES SALICYLES, IMMUNOSUPPRESSEURS ET BIOTHERAPIES).....	34
1. LA CORTICOTHERAPIE	35
2. LES DERIVES SALICYLES	36
3. LES TRAITEMENTS IMMUNOSUPPRESSEURS ET LES BIOTHERAPIES	37
B. PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE⁽²⁷⁾	39
C. MAINTIEN DE LA REMISSION.....	39
V. RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DES MICI	40
A. COMPLICATIONS AIGUES DES MICI.....	40
1. COLITE AIGUE GRAVE (CAG) ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾	40
2. COMPLICATIONS LOCALES DE LA RCH ⁽³¹⁾	44
3. COMPLICATIONS LOCALES DE LA MC	46

B. PARTICULARITE DE LA CARENCE MARTIALE ET DE L'ANEMIE DANS LES MICI⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾	47
1. DEFINITION DE L'ANEMIE SELON L'OMS	47
2. MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'ANEMIE	48
3. ETIOLOGIES DE L'ANEMIE DANS LES MICI.....	48
4. DIAGNOSTIC DE CARENCE EN FER ET D'ANEMIE DANS LES MICI.....	49
5. PRISE EN CHARGE D'UNE CARENCE OU D'UNE ANEMIE FERRIPRIVE DANS LES MICI ⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾	51
C. PROBLEMES NUTRITIONNELS DANS LES MICI⁽³⁸⁾	53
1. GENERALITES	53
2. LES CAUSES DE DENUTRITION AU COURS DES MICI.....	54
3. PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES NUTRITIONNELS AU COURS DES MICI	56
D. PARTICULARITE DES CANCERS⁽³⁹⁾	57
1. ÉPIDEMIOLOGIE DU CANCER COLORECTAL (EN FRANCE ET CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE MICI)	57
2. FACTEURS DE RISQUE DU CANCER COLORECTAL AU COURS DES MICI ⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾	58
3. DEPISTAGE EN PRATIQUE DANS LA RCH : DIAGNOSTIC PRECOCE DES CANCERS COLORECTAUX ASSOCIES A LA RCH ⁽³⁹⁾	60
4. ADENOCARCINOME DE L'INTESTIN GRELE	61
VI. RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS DE MICI SOUS TRAITEMENT SPECIFIQUE.....	61
A. RYTHME DES CONSULTATIONS SELON L'HAS ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾	61
B. BILANS SANGUINS INDIQUES AU COURS DU SUIVI SELON L'HAS ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾	62

C. COLOSCOPIE DE DEPISTAGE⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾	62
1. MODALITES DE LA COLOSCOPIE DE DEPISTAGE	62
2. QUEL RYTHME DE SURVEILLANCE ENDOSCOPIQUE ?	63
D. PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE DES PATIENTS⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾	63
 MATERIEL ET METHODE	65
I. CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	65
II. ELABORATION DE LA BASE DE DONNEES	65
A. RECRUTEMENT DES MEDECINS	65
B. LIEUX DE RECRUTEMENT	66
C. DUREE DE L'ETUDE	66
III. OBJECTIFS DE L'ETUDE	66
IV. ELABORATION ET ENVOI DES QUESTIONNAIRES	67
A. ELABORATION	67
B. ENVOI	68
V. TRAITEMENTS DES RESULTATS : ANALYSE STATISTIQUE	69
VI. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	70
 RESULTATS	71
I. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS GENERALISTES AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE	72
A. REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES SELON LEUR SEXE	72
B. REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES SELON LEUR TRANCHE D'AGE	73

C. REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES SELON LEUR SEXE ET LEUR TRANCHE D'AGE	74
D. MOYENNE D'AGE DES MEDECINS GENERALISTES SELON LEUR SEXE	75
E. REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES SELON LEUR LIEU D'EXERCICE	76
F. REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES SELON LEUR MODE D'EXERCICE.....	77
G. NOMBRE DE PATIENTS ATTEINTS DE MICI SUIVIS PAR LES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES.....	78
H. FORMATION DPC EN MICI SUIVIE PAR LES MEDECINS GENERALISTES.....	80
II. ATTITUDE DES MEDECINS GENERALISTES FACE AUX PATIENTS ATTEINTS D'UNE MICI.....	81
A. ATTITUDE DEVANT UNE SUSPICION DE DIAGNOSTIC DE MICI	81
1. TOUS CRITERES CONFONDUS.....	81
2. SELON LE SEXE DU MEDECIN GENERALISTE	82
3. SELON L'AGE DU MEDECIN GENERALISTE	83
B. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES MICI.....	84
C. ATTITUDE DEVANT UNE POUSSEE AIGUE	86
D. MOTIFS DE CONSULTATION DES PATIENTS ATTEINTS DE MICI CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE	87
III. RESENTI DES MEDECINS GENERALISTES FACE A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE MICI	89
A. SENTIMENT DE CONFIANCE DES MEDECINS GENERALISTES DURANT LA PRISE EN CHARGE DES MICI	89

B. RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES FACE AUX MICI SUIVANT LEUR FORMATION OU NON DPC	91
1. MEDECINS GENERALISTES A L'AISE AVEC LE DIAGNOSTIC	91
2. MEDECINS GENERALISTES A L'AISE AVEC LA GESTION ET LE SUIVI DES TRAITEMENTS	92
3. MEDECINS GENERALISTES A L'AISE AVEC LA PRISE EN CHARGE DES POUSSSEES AIGUES	94
4. MEDECINS GENERALISTES A L'AISE AVEC LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS.....	95
5. MEDECINS GENERALISTES A L'AISE AVEC LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES MICI.....	97
C. RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES EN FONCTION DU NOMBRE DE PATIENTS ATTEINTS D'UNE MICI DANS LEUR PATIENTELE	99
D. INFLUENCE DU RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA CONDUITE TENUE LORS D'UNE SUSPICION DE MICI	101
IV. RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES VIS-A-VIS DE LA COMMUNICATION AVEC LES SPECIALISTES GASTRO-ENTEROLOGUES ET LE MILIEU HOSPITALIER	103
A. ATTENTE DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE MICI PAR LES GASTRO-ENTEROLOGUES	103
B. CIRCULATION DE L'INFORMATION ENTRE L'HOPITAL ET LA VILLE VUE PAR LES MEDECINS GENERALISTES.....	105
C. RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES SUR LEURS RAPPORTS AVEC LES SPECIALISTES GASTRO-ENTEROLOGUES	106
V. CONTRAINTES DE LA PRATIQUE QUOTIDIENNE RESENTIES PAR LES MEDECINS GENERALISTES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS D'UNE MICI.....	107
VI. COMMENTAIRES LIBRES	109

DISCUSSION.....	110
I. CRITERES DE REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON	110
A. SELON LE SEXE, L'AGE, LA TRANCHE D'AGE	110
B. SELON LEUR MODE D'EXERCICE.....	111
C. SELON LE NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS POUR MICI PARMI LA PATIENTELE	112
II. L'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	112
III. LES LIMITES DE L'ENQUETE	113
A. TAUX DE PARTICIPATION	113
B. BIAIS DE RECRUTEMENT	114
1. CHOIX DU DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHÔNE	114
2. CIRCULATION DE L'INFORMATION ENTRE LES SPECIALISTES GASTRO-ENTEROLOGUES ET LES MEDECINS DE VILLE.....	114
C. METHODE D'ECHANTILLONNAGE : BIAIS DE SELECTION DES MEDECINS GENERALISTES	115
IV. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE.....	116
A. ROLE THEORIQUE DU MEDECIN GENERALISTE : DEFINITIONS ⁽⁵¹⁾	116
1. RECOMMANDATIONS DE L'OMS EUROPE 1998 ET DECLARATION D'ALMA ALTA 1978.....	116
2. CARRE DE WHITE ⁽⁵²⁾ ⁽⁵³⁾	116
3. WONCA EUROPE 2002	117
4. CODE DE SANTE PUBLIQUE	118
5. ARRETE DU 3 FEVRIER 2005 PORTANT APPROBATION DE LA CONVENTION NATIONALE DES MEDECINS GENERALISTES ET DES MEDECINS SPECIALISTES ⁽⁵⁸⁾	119
B. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE SELON LES MEDECINS INTERROGES.....	120

V. DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MEDECINS GENERALISTES.....	121
A. MANQUE DE FORMATION	121
B. CONTRAINTES LIEES AUX SOINS PRIMAIRE.....	123
VI. SOLUTIONS ?	124
A. LES RESEAUX DE SANTE.....	124
B. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ^{(62) (63)}	124
1. DEFINITION	124
2. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE : PROGRAMMES DEVELOPPES EN REGION PACA.....	125
C. LES ASSOCIATIONS : EXEMPLE DE L'ASSOCIATION AFA	126
CONCLUSION.....	127
BIBLIOGRAPHIE.....	128
ANNEXES.....	137
GLOSSAIRE.....	142

INTRODUCTION

Les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) regroupent la Recto-Colite Hémorragique (RCH) et la Maladie de Crohn (MC), qui se caractérisent toutes deux par une inflammation, soit de la totalité, soit d'une partie du tube digestif. Chacune a une présentation clinique et morphologique différente. A ces deux pathologies, on peut ajouter la « colite indéterminée ». Cette troisième entité est définie comme une colite idiopathique pour laquelle aucun des examens réalisés n'a permis de trancher en faveur d'une RCH ou d'une MC.

Pouvant survenir à tout âge, ce sont des maladies chroniques, évoluant par poussées, alternant avec des phases de rémission, plus ou moins longues. Généralement, leur pic d'incidence est de 15 à 25 ans pour la MC et de 25 à 35 ans pour la RCH.

Maladies cryptogénétiques, différents facteurs ont été identifiés et sont discutés : prédisposition génétique, facteurs environnementaux ou encore immunologiques. Ces pathologies seraient dues à une réponse immunitaire anormale chez des patients génétiquement prédisposés ayant été exposés à certains facteurs environnementaux. L'hypothèse actuelle est celle d'individus génétiquement prédisposés, dont la réponse immunitaire de l'intestin vis-à-vis de certains composants de la flore bactérienne est anormale.

Si la RCH touche de façon plus spécifique le rectum et s'étend, de manière continue, vers le caecum, respectant le grêle ; la MC peut atteindre n'importe quel segment du tube digestif. L'atteinte est cette fois-ci discontinue, mais touche plus particulièrement l'iléon (grêle terminal), le colon et l'anus.

Outre les manifestations purement digestives, les MICI peuvent s'accompagner de manifestations extra-intestinales (oculaires, cutanées, articulaires, ...), ce qui rend le diagnostic souvent difficile et la prise en charge complexe.

Elles présentent un risque inéluctable de complications pouvant s'expliquer par la fibrose notamment et la dégénérescence cancéreuse.

Actuellement, il n'existe pas de traitement curateur, conservateur. Seuls des traitements susceptibles de diminuer l'intensité et la durée des poussées et de prévenir les récidives existent. Mais l'avènement des immunosuppresseurs et des biothérapies a incontestablement amélioré la prise en charge de ces maladies.

Avec des retentissements sur la vie sociale, professionnelle, familiale, ces pathologies font partie des Affections Longue Durée, prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie et constituent un véritable enjeu de santé publique.

I. EPIDEMIOLOGIE DES MICI

A. EPIDEMIOLOGIE DES MICI EN FRANCE

1. DONNEES DU SNIIRAM ⁽¹⁾

Selon les dernières données épidémiologiques enregistrées en 2015, par le Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM), on dénombrait 212 700 personnes suivies pour une MICI, dont 55% de femmes.

Leur méthode utilisait l'algorithme de définition de la pathologie suivant : « personnes ayant une ALD (Affection Longue Durée) au cours de l'année n, avec codes CIM-10 de la Maladie de Crohn, arthropathie au cours de la MC, RCH ou arthropathie au cours de colite ulcéreuse et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs au cours des années n à n-4 (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR)), et/ou personnes hospitalisées au cours de l'année n pour tout autre motif avec une MICI comme complication ou morbidité associée.

L'utilisation de taux standardisés a permis de neutraliser les différences dues à des variables influençant le phénomène étudié, telles qu'âge, sexe. Les standardisations ont été réalisées sur la structure d'âge et sexe des estimations de population de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) au 1er Janvier 2016.

L'étude a retrouvé un âge médian et moyen à 48 ans. La part des personnes âgées de plus de 75 ans était de 9%, dont 57% de femmes.

		0 - 14 ans	15 - 34 ans	35 - 54 ans	55 - 64 ans	65-74 ans	75 ans et +	TOTAL
Hommes	Effectif	1 200	22 200	35 100	17 400	12 900	7 700	96 600
	Taux brut	0,22‰	3,4‰	5,1‰	5,47‰	5,24‰	4,21‰	3,65‰
Femmes	Effectif	1 000	28 700	46 500	18 400	11 400	10 100	116 200
	Taux brut	0,19‰	3,85‰	5,81‰	4,85‰	3,86‰	3,23‰	3,79‰
TOTAL	Effectif	2 200	50 900	81 600	35 800	24 400	17 800	212 800
	Taux brut	0,21‰	3,64‰	5,48‰	5,13‰	4,49‰	3,59‰	3,73‰

Tableau 1. Effectifs et taux bruts des personnes prises en charge pour MICI par classe d'âge en 2015.

Il a également été mis en évidence une grande disparité du nombre de personnes prises en charge pour MICI suivant les régions.

	HOMMES			FEMMES		
	Effectif	Taux brut	Taux standardisé	Effectif	Taux brut	Taux standardisé
Auvergne-Rhône-Alpes	10 800	3.34‰	3.43‰	12 700	3.41‰	3.42‰
Bourgogne-Franche-Comté	3 900	3.58‰	3.58‰	4 800	3.76‰	3.72‰
Bretagne	4 000	3.27‰	3.32‰	4 900	3.38‰	3.36‰
Centre-Val de Loire	3 800	3.73‰	3.77‰	4 900	4.16‰	4.14‰
Corse	500	4.26‰	4.03‰	600	4.37‰	4.14‰
Grand Est	9 200	4.28‰	4.30‰	11 300	4.55‰	4.49‰
Guadeloupe	200	1.38‰	1.47‰	400	1.64‰	1.59‰
Guyane	< 100	1.29‰	1.80‰	200	1.62‰	2.23‰
Hauts-de-France	11 800	4.80‰	4.96‰	13 800	4.99‰	4.99‰
Ile-de-France	18 500	3.70‰	3.83‰	21 200	3.70‰	3.73‰
Martinique	300	2.03‰	2.05‰	400	2.07‰	2.00‰
Mayotte	< 100	0.38‰	0.57‰	< 100	0.33‰	0.37‰
Normandie	5 000	3.77‰	3.82‰	6 500	4.32‰	4.30‰
Nouvelle Aquitaine	7 000	3.19‰	3.17‰	9 000	3.46‰	3.39‰
Occitanie	7 800	3.45‰	3.46‰	9 300	3.54‰	3.49‰
Pays de la Loire	4 500	3.10‰	3.20‰	5 500	3.32‰	3.33‰
PACA	8 200	4.00‰	3.99‰	9 600	3.95‰	3.89‰
Réunion	700	1.95‰	2.25‰	800	1.94‰	2.09‰

Tableau 2. Effectifs, taux bruts et standardisés des personnes prises en charge pour MCI par région en 2015.

Les âges moyens et médians au décès des personnes prises en charge pour MCI sont respectivement de 74 ans et de 77 ans.

	0 - 14 ans	15 - 34 ans	35 - 54 ans	55 - 64 ans	65 - 74 ans	75 ans et +	TOTAL
Effectif décédé	< 100	< 100	200	300	400	1200	2 000
Effectif total	2 000	44 300	73 100	30 800	20 700	15 500	186 400
Taux brut	—	0.06%	0,25%	0,88%	1.84%	7.44%	1.09%

Tableau 3. Effectifs et taux bruts des personnes prises en charge pour MCI décédées par classe d'âge en 2015.

L'évolution brute de la prévalence entre 2013 et 2015 est de 0,02 point.

Après standardisation sur la structure de la population INSEE, les résultats ne sont pas modifiés.

2. PARTICULARITES DU REGISTRE EPIMAD ⁽²⁾

Un observatoire a été développé constituant le plus grand registre au monde des MCI, se nommant EPIMAD. Ce registre s'assimile à une enquête prospective, réalisée en région Nord-Pas-de-Calais (Hauts-de-France) dont la source principale de validation est représentée par les gastroentérologues.

Celui-ci couvre 9,3% de la population française (soit 6 millions de personnes).

Créé en 1988, en partie grâce au soutien de l'Association François-Aupetit (AFA), EPIMAD a été reconnu Registre par la Commission Nationale des registres en 1992, et renouvelé en 1996, 2000, 2004 et 2008 avec le soutien officiel de l'INSERM et de l'InVS.

Outre le fait que la région Nord-Pas-de-Calais soit située au centre de l'Europe d'un point de vue géographique, elle a été choisie essentiellement du fait de l'hétérogénéité géographique de la répartition des MCI et de l'existence d'un gradient Nord-Sud de la MC.

Les intérêts de ce registre sont multiples dont un intérêt de santé publique en permettant notamment l'identification de nouvelles pistes concernant les facteurs génétiques (fréquence des variants NOD2) et/ou environnementaux. A titre plus épidémiologique, il permet une poursuite de l'enregistrement des cas incidents et l'obtention des données de prévalence.

3. PARTICULARITES DE LA REPARTITION DES MALADES ATTEINTS DE MCI⁽²⁾⁽³⁾

a. EPIDEMIOLOGIE DE LA RCH EN FRANCE

Si dans la plupart des autres pays européens l'incidence de la RCH est en hausse, c'est l'inverse en France. Il n'existe pas de gradient Nord-Sud en France pour la RCH comme cela peut l'être pour la MC.

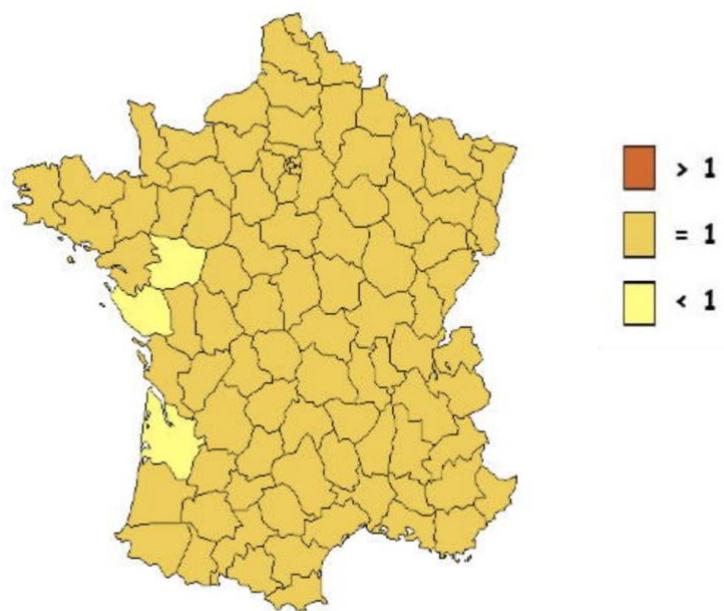


Figure 1. Risque relatif d'avoir une RCH en France (source EPIMAD d'après hépatoweb).

De 1988 à 2007, d'après le registre EPIMAD, l'incidence de la RCH semble baisser de $4,3$ à $3,7/10^5$.

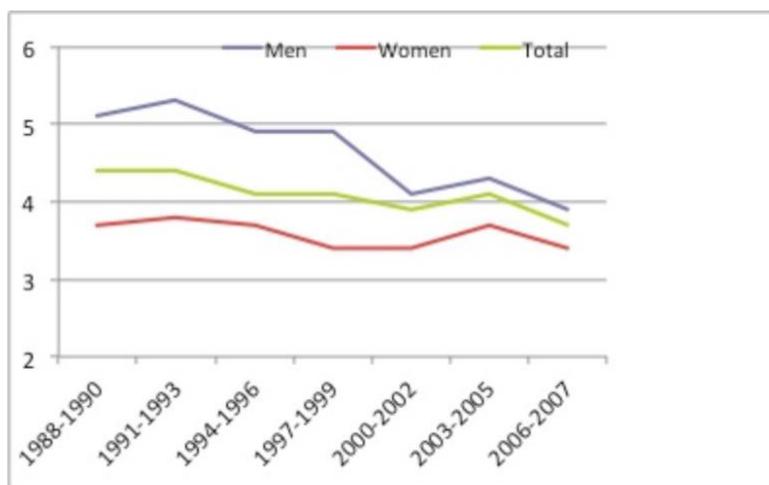


Figure 2. Incidence de la RCH d'après le registre EPIMAD 1988-2007.

b. EPIDEMIOLOGIE DE LA MC EN FRANCE

La MC présente une incidence de 8,2 pour 100 000 habitants, par rapport aux autres pays européens. Un gradient Nord-Sud existe avec une incidence plus marquée dans le tiers Nord de la France où le risque relatif d'avoir une MC est supérieur à 1.

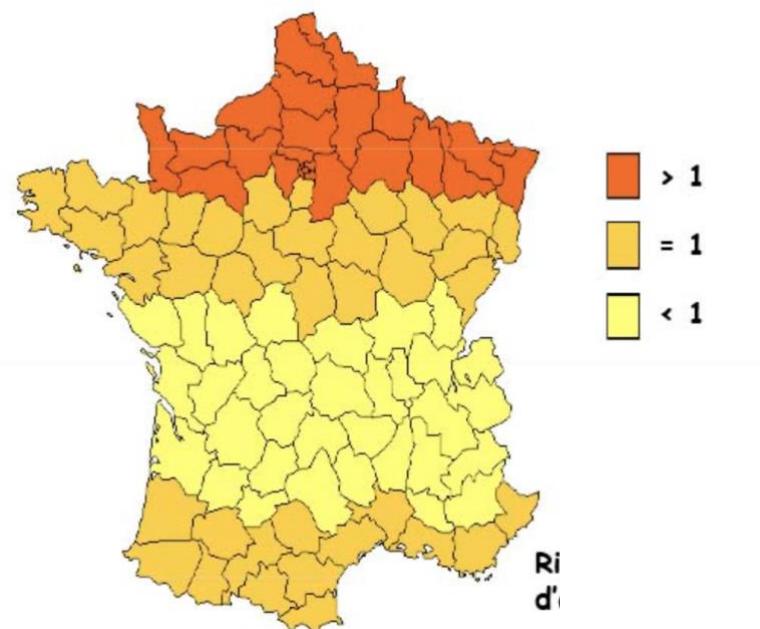


Figure 3. Risque relatif d'avoir une MC en France (source EPIMAD d'après hépatoweb).

De 1988 à 2007, d'après le registre EPIMAD, l'incidence de la MC a augmenté de 5,3 à $6,7/10^5$. L'incidence a essentiellement augmenté entre 1988 et 2000 (+ 27%) puis s'est relativement stabilisée par la suite. Cette augmentation a été particulièrement forte dans la tranche d'âge 20-29 ans.

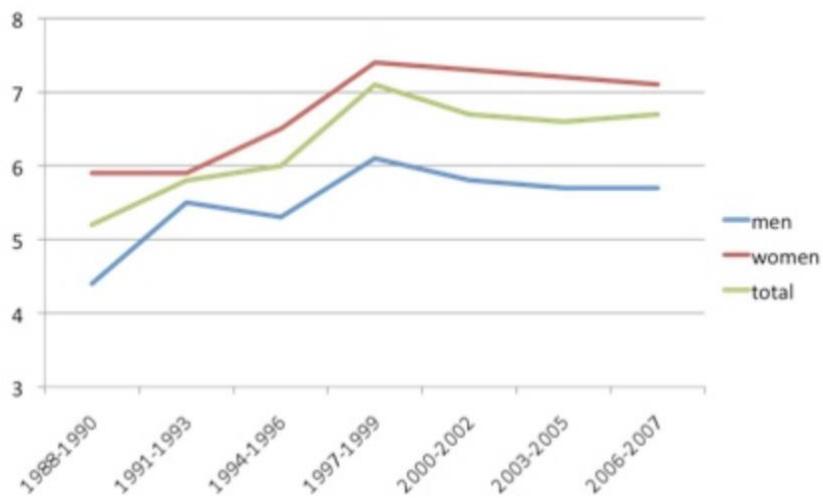


Figure 4. Incidence de la MC d'après le registre EPIMAD 1988-2007.

B. ÉPIDÉMIOLOGIE DES MICI EN RÉGION PACA ⁽¹⁾

En 2015, selon les dernières données publiées par le SNIIRAM, on enregistrait 17 900 personnes prises en charge pour MICI dans la région PACA (taux standardisé 3.94‰, taux brut 3.97‰) dont 54% de femmes (taux standardisé 3.89‰, taux brut 3.95‰). Il n'existe donc aucune différence significative dans la répartition des MICI en fonction du sexe entre la région PACA et le niveau national.

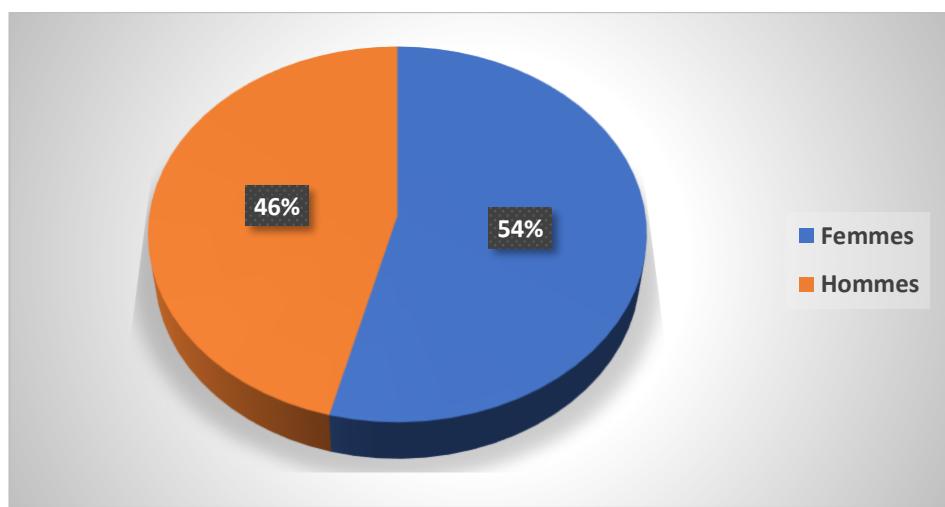


Figure 5 : Effectifs des personnes prises en charge pour MICI en région PACA en 2015.

II. PROBLEMATIQUE DES MICI : MALADIES COMPLEXES

A. PRESENTATION GENERALE DES MICI ^{(4) (5)}

1. PRESENTATION GENERALE DE LA RCH

La RCH a la particularité de toucher exclusivement le colon et le rectum, à la différence de la MC.

Autre différence, l'atteinte est toujours continue, sans intervalle de muqueuse saine, homogène, rétrograde : le rectum est systématiquement atteint, le colon gauche (E2) dans 2/3 des cas et le colon droit (E3) dans 1/3 des cas. L'atteinte est pancolique dans 25% des cas.

L'évolution va se faire de manière ascendante avec une atteinte de l'angle gauche (E3) chez environ 50% des malades.

2. PRESENTATION GENERALE DE LA MC

A la différence de la RCH, la MC peut toucher l'ensemble du tube digestif.

Au moment du diagnostic, il s'agit dans 1/3 des cas d'une forme iléale (L1), d'une forme colique (L2) dans 1/3 des cas et enfin d'une forme iléocolique (L3) pour le tiers restant.

On observe une atteinte ano-périnéale plus fréquente en cas d'atteinte colique : allant de 10% au moment du diagnostic jusqu'à 25% au cours de l'évolution de la maladie.

3. CLASSIFICATION DE VIENNE ET DE MONTREAL

Ces classifications ont été établies pour différencier les phénotypes. Elles sont basées sur l'âge d'apparition de la maladie, sa localisation et les signes cliniques.

	Vienne	Montréal
Âge de diagnostic	A1 : < 40 ans A2 : > 40 ans	A1 : < 16 ans A2 : 17 < âge < 40 ans A3 : > 40 ans:
Localisation	L1 : iléal L2 : colon L3 : iléo-colique L4 : en amont du tiers distal de l'iléon	L1 : iléal L2 : colon L3 : iléo-colique L4 : en amont du tiers distal de l'iléon
Intensité	B1 : non fistulisante, non sténosante B2 : sténosante B3 : fistulisante	B1 : non fistulisante, non sténosante B2 : sténosante B3 : fistulisante P : atteinte périanale

Figure 6 : Classifications de Vienne et de Montréal pour la MC.

Trois formes phénotypiques ont été déterminées : fistulisante, sténosante et non fistulisante non sténosante.

- FORME FISTULISANTE

Du fait de l'inflammation de la séreuse et du mésentère, va se créer un accolement des anses digestives entre elles, créant des ulcérations. L'inflammation pouvant atteindre la séreuse voire les organes adjacents. Les communications peuvent se faire entre les anses intestinales elles-mêmes, ou avec le colon, le périnée, la vessie, le vagin ou encore la peau.

Une autre caractéristique de cette forme est la présence d'ulcères péri-anaux.

- FORME STENOSANTE

Du fait de l'inflammation, de l'œdème et de la fibrose cicatricielle, la lumière intestinale se rétrécit. Cliniquement, elle se manifeste par une constipation, une nausée, un ballonnement jusqu'à des vomissements de matières fécales et une occlusion digestive en cas de forme sténosante complète.

- FORME NON FISTULISANTE NON STENOSANTE

Purement inflammatoire, elle est souvent localisée au colon.

B. ATTEINTES CLINIQUES DES MICI⁽⁵⁾

1. MANIFESTATIONS DIGESTIVES DES MICI

a. MANIFESTATIONS DIGESTIVES DE LA RCH

Les manifestations cliniques digestives sont variables selon l'étendue de l'atteinte recto-colique et la gravité de la poussée :

- En cas d'atteinte rectale isolée, les rectorragies prédominent. Le patient se plaint également de ténèse et parfois même de constipation.
- En cas d'atteinte colique de gravité mineure à modérée, les douleurs abdominales, à type de crampes dominent, pouvant s'assimiler quelques fois à de véritables épreintes.
- En cas d'atteinte de la totalité du cadre colique de gravité sévère, des symptômes systémiques à type de fièvre, asthénie, amaigrissement sont associés alors à une diarrhée sanglante.

Expliquant notamment la complexité de la maladie, le début de la maladie peut être soit insidieux se manifestant par une augmentation progressive du nombre de selles et quelques épisodes de rectorragies sans altération de l'état général, ou alors beaucoup plus bruyant avec fièvre, diarrhée sanglante et altération de l'état général. Le début peut également être marqué directement par une complication.

Dans tous les cas, la diarrhée est surtout matinale et postprandiale. Parfois, compliquant le diagnostic initial, il existe une alternance de diarrhée et de constipation, faisant évoquer à tort une colopathie fonctionnelle. La fièvre, quant à elle, correspond le plus souvent à une fébricule vespérale, mais peut également être une fièvre élevée jusqu'à 39-40°C.

b. MANIFESTATIONS DIGESTIVES DE LA MC

Si les manifestations digestives sont déterminées en fonction de la nature et du siège des lésions touchant le tube digestif, le symptôme majeur est la diarrhée : d'allure motrice en cas d'atteinte iléale inflammatoire, d'allure sécrétoire en cas de lésions coliques étendues voire se manifestant par un syndrome rectal isolé en cas de rectite.

Les épreintes, douleurs à type de crampes, se manifestant le plus souvent en fosse iliaque gauche, sont annonciatrices des exonérations, qui soulagent le patient.

2. MANIFESTATIONS EXTRA-DIGESTIVES DES MCI (5) (6)

Dans le cas de la MC, outre les manifestations intestinales, les malades peuvent présenter des symptômes extra-digestifs. Comme retrouvée dans l'étude de Satsangi et. al⁽⁴⁾, il semble exister une prédisposition génétique. En effet, un taux élevé de concordances existait entre jumeaux (80%) et apparentés (68%).

Par ordre de fréquence, on retrouve les manifestations rhumatologiques, cutanées, oculaires et hépatobiliaires.

a. MANIFESTATIONS RHUMATOLOGIQUES

Leur prévalence est estimée entre 20% et 50%, faisant d'elles les manifestations extra-digestives les plus fréquentes. Elles s'intègrent dans le groupe des spondylarthropathies parmi lesquelles les rhumatismes axiaux de type sacro-iléite ou spondylarthropathie ankylosante, les arthrites réactionnelles et le rhumatisme psoriasique.

b. MANIFESTATIONS CUTANEES

Un examen dermatologique systématique a permis de déceler des lésions cutanéomuqueuses en rapport avec les MCI chez 65% des patients atteints de MC et chez 40% des patients atteints de RCH :

- Les dermatoses réactionnelles (érythème noueux, pyoderma gangrenosum, aphose buccale),
- Les dermatoses carentielles par malabsorption (psoriasis),
- Les dermatoses granulomateuses qui ne s'observent que dans la MC (lésions anopérinéales : ulcérations, fissures, abcès, sténoses...).

c. MANIFESTATIONS OPHTALMOLOGIQUES

Relativement peu fréquentes, touchant entre 4 à 10% des patients, jusqu'à 50% en cas d'arthropathie associée, les manifestations ophtalmologiques surviennent plus fréquemment au cours de la MC et chez la femme. On peut citer l'uvéite antérieure essentiellement et l'épisclérite plus rarement.

d. MANIFESTATIONS HEPATOBILIAIRES ET PANCREATIQUES

Les manifestations hépatobiliaires et pancréatiques ont une prévalence élevée. La plus fréquente est la stéatose et la plus spécifique est la cholangite sclérosante primitive (CSP).

La prévalence de la lithiase biliaire cholestérolique est plus élevée chez les patients ayant une MC iléale et/ou une résection de la partie terminale de l'iléon. Cela peut s'expliquer en partie par une malabsorption des acides biliaires.

Le risque de pancréatite aiguë est multiplié par 4 en cas de MC et par 2 en cas de RCH. Même si les causes biliaires sont à rechercher en priorité, les pancréatites aiguës idiopathiques et chroniques sont les plus fréquentes avec notamment les pancréatites auto-immunes de type 2.

e. MANIFESTATIONS VASCULAIRES

Une surveillance particulière doit être portée aux manifestations vasculaires. En effet, il existe un risque accru notamment de thrombose veineuse lors des poussées sévères. Le risque est majoré à 2 fois par rapport à la population saine.

III. RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE DES MICI

A. INTERET DES GUIDELINES DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

D'après l'Institute of Medicine⁽⁷⁾, les « recommandations de bonne pratique » ont été définies en 1990, comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

Leur objectif principal est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en réduisant notamment les actes inutiles ou à risque, qui pourraient être à l'origine d'une rupture dans le parcours de soins. Elles aident ainsi le praticien dans sa prise de décisions, permettant une harmonisation des pratiques tout en étant une synthèse des données scientifiques, régulièrement mises à jour.

De plus, elles sont réalisées en toute transparence et indépendance puisque liées au statut de la HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique d'après la loi du 13 Août 2004, relative à l'Assurance Maladie⁽⁸⁾.

B. PLACE DES EXAMENS BIOLOGIQUES DANS LE DIAGNOSTIC DES MICI

(9) (10) (11)

Les examens biologiques occupent un rôle limité dans l'étape diagnostique d'une MICI car il n'existe aucun signe biologique spécifique.

Les seuls examens réalisés sont pour confirmer le caractère organique des symptômes, pour éliminer une étiologie infectieuse ou parasitaire et pour étudier le retentissement de la maladie.

Si dans la RCH, les diarrhées sanguinolentes sont un signe assez clair d'organicité, dans la MC, les examens biologiques ont plus de valeur, notamment pour faire la différenciation avec les troubles fonctionnels.

1. BILAN BIOLOGIQUE DE BASE

Basé sur les recommandations de la HAS et de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE), le bilan biologique de base comporte :

- Recherche d'anémie, par carence martiale pure ou associée à une composante inflammatoire : NFS + CRP + Ferritinémie, éventuellement complétée d'une recherche de récepteur soluble de la transferrine,
- Recherche d'une néphropathie : Créatininémie,
- Évaluation de la fonction hépatique initiale : ALAT, gamma-GT, avec les phosphatases alcalines en cas de suspicion d'une cholangite sclérosante,
- Évaluation de l'état nutritionnel et recherche de carences en vitamines et micronutriments : Albuminémie, Vitamine B12 et folates sériques, ASCA et pANCA. L'étude simultanée de ces deux examens peut contribuer à différencier la RCH d'une maladie de Crohn colique isolée.

Concernant la CRP, il s'agit d'un marqueur biologique de l'inflammation systémique synthétisé sous l'influence de l'interleukine 6, TNFa et IL1B, qui reflète l'activité clinique, endoscopique et histologique des MCI. Sa demi-vie étant courte, il permet de suivre l'évolution de l'inflammation en temps réel. Une CRP > 10mg/l après un an de colite extensive prédit un risque de chirurgie augmenté dans la RCH⁽¹²⁾.

2. MARQUEURS BIOLOGIQUES (ANCA, ASCA)

Afin de faciliter les diagnostics par des moyens non invasifs, le dosage de marqueurs biologiques peut avoir un intérêt pratique. Par exemple, en cas de colite isolée, les ANCA seraient plus présents dans la RCH et les ASCA dans la MC. Cela s'observe si l'on suit les patients pendant plusieurs années. Cependant, comme le révèle l'étude de P. Desreumaux et al., de 2003⁽¹³⁾, la majorité des patients ayant une colite indéterminée ont un profil « double négatif » (ANCA et ASCA).

La sensibilité et la spécificité des ANCA et ASCA sont actuellement insuffisantes pour être utilisées de façon isolée chez tous les patients. De plus, l'intérêt des examens morphologiques reste de connaître l'étendue et la localisation de l'atteinte du tube digestif, permettant le plus souvent de faire le diagnostic de certitude.

3. BILAN INFECTIEUX

Le bilan infectieux est conseillé par la SNFGE, mais non recommandé par l'HAS en systématique (uniquement suivant le contexte clinique) :

- Sérologies VIH, VHB, VHC, EBV, CMV,
- Recherche de Clostridium Difficile et de sa toxine dans les selles,
- Sérologie VZV, en l'absence d'antécédent de varicelle clinique typique,
- Examen parasitologique des selles (EPS), en cas de voyage récent (< 3 mois) ou de séjour prolongé (> 1 mois) dans un pays à bas niveau d'hygiène,
- Sérologie de l'Anguillulose ou EPS en cas d'antécédent de séjour prolongé (> 1 mois) en zone tropicale ou intertropicale.

C. PLACE DES EXAMENS ENDOSCOPIQUES DANS LE DIAGNOSTIC DES MICI⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾

1. ILEO-COLOSCOPIE

Indispensable au diagnostic positif et différentiel, il est obligatoire de réaliser une iléo-coloscopie complète avec biopsies systématiques iléales distales, colique droite, colique gauche et rectales (3 par site) ainsi que des biopsies dirigées au niveau des lésions macroscopiques.

Lors d'une suspicion de MC, il est également nécessaire de réaliser une oeso-gastro-duodénoscopie avec biopsies de manière systématique. En effet, une atteinte du tractus digestif supérieur est présente dans plus de 5% des cas.

Cependant, l'examen doit être réalisé chez un patient hors poussée aiguë afin de limiter les complications et d'obtenir une bonne spécificité. Il est contre-indiqué en cas de colectasie.

Outre l'intérêt du diagnostic initial, l'iléo-coloscopie possède d'autres indications :

- Contrôler l'évolution des lésions pouvant nécessiter une modification thérapeutique,
- Réaliser des biopsies pour exclure une surinfection, en cas d'évolution réfractaire,
- Faire un dépistage de la dysplasie dans les formes pancoliques.

a. ASPECT MACROSCOPIQUE AU COURS DE L'ENDOSCOPIE DE LA MC

L'aspect macroscopique de la MC est fondamentalement identique quel que soit le niveau du tractus gastro-intestinal atteint. La surface de la muqueuse du segment atteint présente un aspect caractéristique dit aspect « pavimenteux ».

Cet aspect s'explique par de larges ulcérations serpigineuses, séparées par des zones de muqueuse normale œdématiée.

b. ANATOMOPATHOLOGIE ET HISTOLOGIE DE LA MC

L'anomalie histologique spécifique de la maladie de Crohn est le granulome épithélioïde et gigantocellulaire qui est le plus souvent présent dans une muqueuse saine en apparence. Il est très rarement mis en évidence lors de la première poussée. Il est retrouvé seulement dans 30% à 50% des cas au cours de l'évolution de la maladie. Sa présence n'est donc pas nécessaire au diagnostic⁽¹⁶⁾.

L'examen histologique retrouve un épaississement de la sous-muqueuse du fait d'une inflammation transpariétale, une lymphocytose intra-épithéliale et dans un second temps plus tardivement une fibrose de la sous-muqueuse.

Le caractère segmentaire et focal des lésions cryptiques et inflammatoires avec intervalles glandulaires normosécrétants n'a de valeur en faveur d'une MC que chez les adultes non traités.

c. ASPECT MACROSCOPIQUE AU COURS DE L'ENDOSCOPIE DE LA RCH

A la différence de la MC, la RCH s'étend de manière continue, sans intervalle de muqueuse saine, ne dépassant jamais la valvule de Bauhin.

Les lésions n'atteignent que les couches superficielles de la paroi, la muqueuse et la sous-muqueuse, expliquant le faible taux de formes fistulisantes et sténosantes.

Au début de la maladie, la muqueuse apparaît rouge, granitée, fragile et saignant au contact. Dans les formes plus sévères, apparaissent de nombreuses petites ulcérations saignantes.

Dans les formes chroniques, ces ulcères vont cicatriser créant des zones de fibrose pouvant former des pseudo-polypes. L'architecture va se modifier du fait de l'inflammation chronique avec une muqueuse atrophique, la perte des reliefs avec la disparition des hastrations coliques et un colon qui se raccourcit de manière presque constante.

La réépithérialisation des abrasions successives aboutit à la régénération d'un épithélium anormal avec irrégularité de hauteur des cellules qui sont dédifférenciées et basophiles.

d. ANATOMOPATHOLOGIE ET HISTOLOGIE DE LA RCH

Il n'existe pas de critère anatomopathologique spécifique de la RCH, mais uniquement des aspects évocateurs.

La maladie quiescente est définie par une muqueuse présentant des anomalies architecturales, une plasmocytose basale et une augmentation du nombre de cellules inflammatoires sans inflammation active.

La maladie active se définit par la présence d'une inflammation aiguë, c'est à dire la présence de polynucléaires neutrophiles, avec une sévérité variable. Il peut exister des abcès cryptiques sur les biopsies (20 à 45%). Le chorion est toujours altéré et les troubles de la vascularisation sont constants. L'infiltrat inflammatoire est un infiltrat lympho-plasmocytaire et éosinophile étendu à toute la muqueuse, souvent associé à une hyperplasie lymphoïde.

2. PARTICULARITE DE LA MALADIE DE CROHN : ENDOSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE

L'endoscopie œso-gastro-duodénale avec biopsies systématiques duodénales distales, antrales, fundiques (3 par site) et biopsies dirigées sur les lésions macroscopiques est systématique pour le diagnostic de MC. Les biopsies étagées permettent de rechercher une localisation haute de la maladie.

D. PLACE DES EXAMENS D'IMAGERIE DANS LES MICI (17) (18) (19)

D'après les recommandations ECCO 2014, l'imagerie en coupe (IRM et scanner) et l'échographie du grêle sont complémentaires de l'endoscopie et permettent la détection de l'inflammation, des sténoses et des fistules (statement 2G).

1. LES DIFFERENTS EXAMENS D'IMAGERIE

a. TRANSIT DU GRELE

Malgré son côté long et irradiant, il reste intéressant dans l'exploration des lésions superficielles et permet de faire une cartographie des lésions (ulcérations, sténoses, fistules, masses inflammatoires).

Cependant, il a été suppléé par de nouvelles techniques dont l'entéro-scanner ou encore l'entéro-IRM.

b. ECHO-DOPPLER

TECHNIQUE :

L'exploration du cadre colique et du grêle est réalisée avec une sonde convexe de basse fréquence et complétée avec une sonde linéaire haute fréquence qui permet de mieux étudier la paroi digestive et le mésentère (présence d'adénopathies mésentériques, scléro-lipomatose).

Elle est complétée par une étude doppler, afin d'analyser le signal de la paroi digestive.

SEMOLOGIE :

L'inflammation pariétale va se manifester par un épaississement pariétal de plus de 5mm, une hyperhémie pariétale, une modification de l'échogénicité des couches de la paroi, notamment de la sous-muqueuse, une réduction du péristaltisme et la présence d'une scléro-lipomatose. On peut également retrouver des adénopathies inflammatoires mésentériques avec un hile central graisseux hyperéchogène. Au niveau des complications, peuvent être distingués abcès, fistules, rétrécissement de la lumière intestinale.

AVANTAGES ET LIMITES :

En dehors d'être un examen très maniable, facile d'accès, non irradiant, avec un faible coût, il permet également une évaluation de l'activité inflammatoire avec une bonne sensibilité (entre 84 et 90%) et spécificité (entre 98 et 100%) par rapport à l'endoscopie.

Cependant, il reste opérateur-dépendant et la localisation des lésions est plus précise au TDM et à l'IRM. Sa sensibilité est également dépendante de la distribution des ultrasons dans les régions anatomiques (duodénum, rectum).

c. ENTERO-SCANNER

TECHNIQUE

L'entéro-scanner permet une exploration optimisée du grêle, à la différence du scanner abdomino-pelvien, mais également de la paroi intestinale et des autres organes, grâce à la prise de PEG per os.

SEMOIOLOGIE

L'inflammation pariétale se manifeste par une prise de contraste avec un épaississement pariétal circonférentiel et symétrique, d'éventuelles adénomégalies mésentériques inflammatoires et une infiltration œdémateuse de la graisse mésentérique. L'entéro-scanner permet également de mettre en évidence des complications : sténoses, abcès, fistules et des atteintes associées.

AVANTAGES ET LIMITES

Très reproductible, accessible, l'entéro-scanner est une technique performante quel que soit le stade de la prise en charge de la MC, avec une très bonne sensibilité (entre 71 et 83%) et spécificité (entre 90 et 98%) par rapport à l'endoscopie, permettant l'étude complète du cadre digestif.

L'évaluation quantitative du rehaussement de la paroi peut également être corrélée à un score histologique de l'activité inflammatoire.

Restant un examen irradiant, il reste mal adapté à l'étude des lésions superficielles et à la distinction lésions inflammatoires/lésions fibreuses chroniques, à la différence du transit du grêle.

d. ENTERO-IRM

TECHNIQUE

Sur le même principe que l'entéro-scanner, la distension du grêle est faite par la prise de PEG per os.

SEMOLOGIE

Seul examen permettant une analyse globale des lésions pariétales et extra-pariétales, l'entéro-IRM montre à la fois l'inflammation pariétale avec l'épaississement pariétal, l'infiltration mésentérique, les adénomégalies et surtout les lésions pariétales, extra-murales et les sténoses.

AVANTAGES ET LIMITES

Avec une sensibilité de 84% et une spécificité de 100% par rapport à l'iléoscopie, il constitue l'examen le plus complet. L'entéro-IRM présente également l'avantage de ne pas être contre-indiquée en cas de sténose. Elle est également performante dans l'analyse précise des trajets fistuleux abdominaux ou surtout ano-périnéaux et des collections des espaces pelvi périnéaux.

Elle reste difficile d'accès, d'interprétation complexe notamment pour les lésions débutantes ou très superficielles.

2. LES STRATEGIES D'EXPLORATION

a. DIAGNOSTIC INITIAL – BILAN INITIAL

L'entéro-scanner reste l'examen de première intention, pour :

- le diagnostic initial en cas de biopsies endoscopiques négatives,
- le diagnostic initial en cas de contre-indication à un geste endoscopique,
- le bilan initial après confirmation par des biopsies positives.

En cas d'examen non contributif, les explorations sont généralement complétées par une entéro-IRM.

b. EN CAS D'EVOLUTIVITE DE LA MALADIE

Plusieurs situations peuvent se présenter :

- En cas de traitement médical inefficace :

Le TDM reste l'examen réalisé en première intention. Si celui-ci est contributif, aucun autre examen d'imagerie n'est nécessaire. En revanche, si le scanner est non contributif, il faudra compléter par une IRM.

- En cas de nouvelle poussée sous traitement :

S'il n'y a pas de signe de gravité, une simple échographie suffit, parfois reléguée par une IRM. En cas de poussée sévère ou compliquée, un TDM permettra une exploration plus complète.

- En cas de suspicion de complications à type d'abcès, fistules :

Le TDM reste dans les différentes études l'examen de référence en première intention. Cependant, l'échographie obtient des résultats souvent comparables à ceux du scanner : 88% / 77% pour les abcès et 85% / 84% pour les fistules. L'IRM reste quant à elle souvent d'accès difficile en urgence.

- En cas de suspicion de complications à type de sténoses :

Même si l'échographie obtient une très bonne sensibilité (entre 74 - 90%) et une forte VPP (96 - 100%) pour le diagnostic de sténoses, l'IRM permet de réaliser une cartographie des lésions et le TDM a quant à lui une meilleure résolution spatiale. Le transit du grêle reste l'examen de référence pour la topographie des lésions.

E. INTERET DE LA CALPROTECTINE FCALE DANS LE DIAGNOSTIC DES MICI (20)

Un taux augmenté de Calprotectine fécale reflèterait l'inflammation intestinale quelle qu'en soit son étiologie : infectieuse, inflammatoire ou autre. Elle présenterait donc plusieurs intérêts : dans le diagnostic, dans l'évaluation de la sévérité des poussées, dans l'évaluation de la réponse thérapeutique. Elle serait également un facteur pronostic de cicatrisation de la muqueuse et de rémission dans la RCH.

Selon l'ECCO 2014, la Calprotectine fécale peut aider à différencier la MC du syndrome de l'intestin irritable (statement 4C).

Actuellement, la Calprotectine fécale ne fait pas partie des marqueurs validés même si de nombreuses études montrent des résultats très prometteurs.

IV. RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES MICI (9) (10) (21) (22) (23) (24) (25) (26)

A. TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DES POUSSSEES AIGUES (CORTICOTHERAPIE, DERIVES SALICYLES, IMMUNOSUPPRESSEURS ET BIOTHERAPIES)

Si l'effet des traitements pharmacologiques des MICI n'est pas curatif mais uniquement suspensif, ils ont pour objectifs d'obtenir et de maintenir la rémission.

Parmi ces traitements, on peut citer la corticothérapie, les dérivés salicylés, les traitements immunosupresseurs et les biothérapies.

1. LA CORTICOTHERAPIE

Il existe des corticoïdes à action systémique : Prednisone (*Cortancyl®*), Prednisolone (*Hydrocortancyl®*, *Solupred®*), Méthylprednisolone (*Médrol®*, *Solumédrol®*) et des corticoïdes à action topique : Budésonide (*Entocort®*, *Mikicort®*).

- SELON LES RECOMMANDATIONS ECCO :
 - **Dans les poussées sévères de la RCH**, les corticoïdes IV demeurent le traitement de première intention, avec hospitalisation du patient pour surveillance. En cas de non-réponse à J3 de corticothérapie, une chirurgie ou un traitement de deuxième ligne par Ciclosporine, Infliximab ou Tacrolimus, sont discutés.
 - **Dans les poussées modérées à sévères de la MC iléo-caecale localisée et en cas de MC colique en poussée**, il est recommandé d'utiliser un corticoïde à action systémique, avec des taux de rémission plus élevés pour une posologie de 1mg/kg/jour (Grade A). C'est cette posologie qui est recommandée en France pour le traitement d'induction de la rémission des poussées modérées à sévères de la MC.
 - **Dans les poussées minimes d'une MC iléo-caecale localisée**, un traitement initial par Budésonide peut être proposé, à la dose de 9mg/jour (Grade B). Cette forme semble donner de meilleurs résultats que les 5-ASA. En revanche, elle est moins efficace qu'un corticoïde à action systémique mais paraît mieux tolérée.
 - **Dans les formes étendues d'atteinte du grêle de la MC**, un traitement initial par corticoïdes systémiques est recommandé, avec discussion précoce de l'introduction des anti-TNF.

Cependant, il peut arriver une corticodépendance (rechute lors des diminutions des doses de corticoïdes en deçà de 10mg/jour ou dans les 3 mois après le sevrage complet) et/ou une corticorésistance (maladie toujours active malgré un traitement par Prednisolone à la dose d'au moins 0,75mg/kg/ jour pendant 4 semaines. La corticorésistance apparaît le plus souvent pour des doses de 15 à 20mg/jour).

- SELON LES RECOMMANDATIONS ECCO :
 - **En cas de RCH corticodépendante**, une combothérapie associant anti-TNF et Thiopurine est indiquée, au moins pour les malades traités par Infliximab.
 - **En cas de RCH corticorésistante en poussée modérée**, les options possibles en deuxième ligne sont : corticothérapie en IV, anti-TNF, Vedolizumab ou Tacrolimus.

2. LES DERIVES SALICYLES

L'Acide-5-Aminosalicylique ou 5-ASA (Mésalazine) est le principe actif des différents médicaments de cette famille. L'action du 5-ASA est purement locale (action topique) et ne passe pas la voie systémique.

La Sulfapyridine (*Salazopirine®*) a été le premier médicament et depuis se sont développés de nombreux dérivés. Parmi eux, qui passent notamment le grêle et le colon, les plus fréquemment utilisés sont : *Pentasa®*, *Rowasa®* et *Fivasa®*.

- SELON LES RECOMMANDATIONS ECCO :
 - **Dans les proctites**, le traitement topique par salicylés (suppositoires ou lavements) seul ou en association avec les salicylés per os, est le traitement de choix.
 - **Dans les formes mineures à modérées des colites gauches et étendues de la RCH**, les salicylés per os et en lavements sont indiqués en traitement d'induction et d'entretien.

Dans la MC, leur place est moins prépondérante que dans la RCH : ils présentent une efficacité inférieure à la corticothérapie dans la prise en charge des formes modérées. En revanche, leur efficacité semble plus nette dans la prévention des rechutes post-opératoires.

3. LES TRAITEMENTS IMMUNOSUPPRESSEURS ET LES BIOTHERAPIES

Indiqués en cas de corticodépendance ou de forme chronique active, les traitements immunosuppresseurs et biothérapies occupent une place importante dans le traitement des MCI. Le nombre de patients traités par ces molécules, à prescription/renouvellement possible uniquement par les spécialistes gastro-entérologues, est estimé à plus de 55%.

a. TRAITEMENTS IMMUNOSUPPRESSEURS

Les traitements immunosuppresseurs ont pour rôle de diminuer le recours à la corticothérapie en contrôlant l'activité de la maladie c'est-à-dire en diminuant le nombre de poussées.

Parmi eux, on peut citer l'Azathioprine (*Imurel*®) et la 6-Mercaptopurine (*Purinethol*®). Un essai d'au moins 3 mois est nécessaire pour juger ou non de leur efficacité. Le Méthotrexate peut être proposé en traitement de seconde ligne après échec de l'Azathioprine ou intolérance.

Ils peuvent être proposés en première ligne thérapeutique en cas de première poussée sévère ayant nécessité le recours aux anti-TNF ou en cas de contre-indication absolue à une corticothérapie (glaucome, psychose maniaco-dépressive, ...).

b. BIOTHERAPIES

Le TNF, Tumour-Necrosis Factor, est une cytokine pro-inflammatoire qui joue un rôle clé dans la pathogénie de la MC.

Deux anti-TNF : Infliximab (*Rémicade®*, *Remsima®*, *Inflectra®*) et Adalimumab (*Humira®*) ont été parmi les premières biothérapies autorisées.

Traitements de dernier recours, ils sont réservés aux cas d'échec ou d'intolérance aux immunosuppresseurs ou dans la prise en charge des poussées sévères corticorésistantes.

L'Infliximab a également une indication reconnue dans les formes fistulisantes de la MC active qui n'a pas obtenu de réponse aux thérapeutiques conventionnelles (antibiothérapie, drainage chirurgical et immunosuppresseurs).

De nouvelles molécules se sont développées : Certolizumab (*Cimzia®*), le Golimumab (*Simponi®*), le Vedolizumab (*Entyvio®*), le Ustekinumab (*Stelara®*).

- SELON LES RECOMMANDATIONS ECCO 2014 :
 - L'efficacité initiale d'un traitement par anti-TNF est estimée à 60% et diminue à 20% en cas d'échec du premier. La perte d'efficacité est estimée à environ 10% par an.
 - La perte de réponse à un anti-TNF doit être prise en charge initialement par une optimisation de la dose. En cas d'échec, il est conseillé de changer d'anti-TNF.
 - La mesure des taux résiduels d'anti-TNF peut être utilisée pour guider la stratégie d'optimisation, en cas de disponibilité.

Si aucune recommandation n'existe sur la durée optimale des biothérapies, il est convenu qu'un arrêt peut être proposé lors de rémission clinique prolongée, d'absence de syndrome inflammatoire biologique et d'une cicatrisation des lésions (radiologique ou endoscopique).

Comme rappelé dans le consensus ECCO, il est nécessaire de réaliser un bilan pré-thérapeutique avant d'initier ces thérapeutiques afin de limiter le risque infectieux.

B. PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE (27)

En dehors du contexte d'urgence chirurgicale dans le cas de complications graves des MICI, telles qu'hémorragie massive ou encore perforation colique, péritonites, le recours à la chirurgie reste électif.

Dans le cas de la RCH, la chirurgie est réservée aux patients qui présentent une résistance au traitement médical bien conduit ainsi qu'aux complications néoplasiques coliques. Le plus souvent, il s'agira d'une colectomie totale avec ou sans proctectomie avec une anastomose iléo-anale ou iléo-rectale. Un patient sur dix nécessitera une colectomie dans les dix ans suivant le diagnostic de RCH.

Dans le cas de la MC, les gestes sont souvent plus simples consistant à de simples exérèses de lésions inflammatoires limitées. Par ailleurs, le recours aux stomies n'est pas rare. Lorsqu'il existe deux localisations, une colectomie subtotale est préférable (ECCO 2014). Malgré une diminution globale du recours à la chirurgie dans les MICI au cours des dernières décennies depuis l'avènement des biothérapies, près d'un tiers des patients nécessiteront une résection intestinale dans les cinq ans suivant le diagnostic et un patient sur deux à dix ans.

Dans tous les cas, les suites opératoires sont relativement délicates du fait de la dénutrition des patients, de l'immunodépression liée aux traitements en cours (corticothérapie, immunomodulateurs, biothérapies).

C. MAINTIEN DE LA REMISSION

Selon les recommandations ECCO de 2017, un traitement d'entretien est systématique, sauf chez les malades présentant une proctite.

Le choix de la thérapeutique dépend de l'extension des lésions, du cours évolutif de la maladie, de la tolérance et de l'efficacité du précédent traitement d'entretien, de la sévérité de la poussée actuelle, de la tolérance à long terme et de son effet sur la prévention du cancer.

V. RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DES MICI

A. COMPLICATIONS AIGUES DES MICI

1. COLITE AIGUE GRAVE (CAG) ^{(28) (29)}

a. DEFINITION

Urgence thérapeutique, la CAG est une complication classique des MICI, qui survient chez environ 10 à 15% des malades mais pouvant également s'observer dans la MC et chez certaines colites infectieuses comme la colite à Clostridium difficile (pouvant compliquer également une MICI).

Pouvant être inaugurale, révélant une MICI, la CAG peut également faire partie de l'évolution de la maladie. Elle est définie par des critères clinico-biologiques et n'inclut donc ni l'imagerie, ni l'endoscopie.

La mortalité au cours d'une CAG est estimée à 2%. Elle reste donc une urgence médicochirurgicale nécessitant d'être identifiée rapidement.

b. SCORES CLINICO-BIOLOGIQUES

La CAG peut se définir comme étant l'association de facteurs clinico-biologiques.

Les scores d'activité de la RCH comme le « Disease activity index » sont peu adaptés aux poussées sévères de la maladie. D'autres scores sont alors utilisés pour définir une CAG :

- Score de Truelove et Witts modifié :

Cependant, le score de Truelove et Witts⁽³⁰⁾ reste le plus utilisé d'entre eux car son calcul est basé sur des critères clinico-biologiques simples et permet la classification des poussées en légère, modérée et sévère. Dans ses recommandations, l'American College of Gastroenterology reprend les critères de Truelove et Witts pour classer la gravité des poussées de RCH.

Les malades ayant une poussée sévère d'après le score de Truelove et Witts, présentent une diarrhée aiguë sanglante avec au moins 6 évacuations par 24 heures et au moins un des critères mineurs cités dans le tableau ci-dessous :

	Poussée LEGERE	Poussée MODEREE	Poussée SEVERE
CRITERE MAJEUR			
Nombre de selles / jour	< 4	4 à 6	≥ 6
CRITERES MINEURS			
Température	< 37.5 °C	≤ 37.8 °C	> 37.8 °C
Fréquence cardiaque	< 90 bpm	≤ 90 bpm	> 90 bpm
Hémoglobine	> 11.5 g/dl	≥ 10.5 g/dl	< 10.5 g/dl
Vitesse de sédimentation à la 1ère heure	< 20 mm/h	≤ 30 mm/h	> 30 mm/h
ou CRP	Normale	≤ 30 mg/l	> 30 mg/l

Tableau 4 : Score de Truelove and Witts⁽³⁰⁾.

- ➔ Critères d'Oxford modifiés : 2 critères + Albuminémie < 35g/l.

- Le score de Lichtiger :

Celui-ci a été établi plus récemment et présente l'avantage de pouvoir être fait au lit du malade car constitué uniquement de critères cliniques. Il définit une CAG si le score est supérieur ou égal à 10. Il définit également une réponse au traitement si le score est inférieur à 10 et qu'il existe une diminution de plus de 3 points par rapport au score initial et ce pendant 2 jours consécutifs. Il n'a jamais été validé spécifiquement mais constitue le critère principal d'évaluation de la plupart des essais thérapeutiques publiés récemment dans les poussées sévères de RCH.

Nombre de selles par jour (en plus du nombre habituel)	0 à 2 3 à 4 5 à 6 7 à 9 10 et plus	0 1 2 3 4
Selles nocturnes	Non Oui	0 1
Saignement rectal (en % du nombre de selles)	Absent < 50% ≥ 50% 100%	0 1 2 3
Incontinence fécale	Non Oui	0 1
Douleurs abdominales	Aucune Légères Moyennes Intenses	0 1 2 3
État général	Parfait Très bon Bon Moyen Mauvais Très mauvais	0 1 2 3 4 5
Douleur abdominale provoquée	Aucune Légère et localisée Moyenne et diffuse Importante	0 1 2 3
Nécessité d'un anti-diarrhéique	Non Oui	0 1

Tableau 5 : Score de Lichtiger.

c. BILAN A L'ADMISSION

1°) Évaluation du retentissement sur l'état général du patient :

- NFS, bilan d'hémostase, ionogramme sanguin, urée, créatinine, CRP, VS, albumine. A noter que la CRP constitue un bon prédictif de colectomie si elle est supérieure à 45mg/l à J3 de traitement.
- Calprotectine.

2°) Recherche d'une surinfection, pouvant avoir déclenché ou aggravé une poussée de MICI :

- Hémocultures (aérobie - anaérobie), en cas de fièvre,
- Coprocultures : recherche de bactéries entéropathogènes (Salmonelles, Shigelles, Klebsiella oxytoca, Campylobacter jejuni) et EPS,
- Recherche d'une réactivation CMV.

3°) Éliminer une complication (abcès, perforation, colectasie) :

- TDM abdomino-pelvien en première intention (abcès abdominaux, signes de pneumatose colique, colectasie),
- ASP (colectasie, ulcérations profondes, pneumopéritoine), en cas d'impossibilité de TDM.

4°) Bilan endoscopique prudent, totalement contre-indiqué en cas de colectasie majeure et de perforation :

RECTO-SIGMOÏDOSCOPIE : afin d'évaluer la gravité d'atteinte de la muqueuse et de guider la prise en charge thérapeutique. Des biopsies permettront d'éliminer une surinfection à CMV ou à Clostridium difficile, en cas de corticorésistance,

L'examen doit être stoppé dès la constatation de lésions de gravité, parmi lesquelles :

- Ulcérations profondes mettant à nu la musculeuse,
- Ulcérations profondes > 10% de la surface d'un segment colique,
- Décollement muqueux ± ulcérations en puits.

2. COMPLICATIONS LOCALES DE LA RCH⁽³¹⁾

a. LA COLECTASIE

DEFINITION

La colectasie correspond à une dilatation du colon de plus de 5cm pour le colon gauche et de plus de 7cm pour le colon transverse et le colon droit, en l'absence d'obstacle sous-jacent.

En termes d'incidence, cela varie entre 1,6% et 13%, touchant avec préférence les patients présentant une pancolite.

MECANISME

Plusieurs facteurs contribuent à cette complication : d'une part, du fait de l'œdème des parois, le colon ne peut plus se contracter ; d'autre part, il y a une diminution de la motilité intestinale liée à certains médicaments (anticholinergiques, neuroleptiques dérivés d'opiacés et ralentisseurs de transit).

PRISE EN CHARGE

Une surveillance médicochirurgicale étroite est nécessaire devant cette complication mettant en jeu le pronostic vital. La mortalité est estimée entre 13% et 21%.

Après 24 à 48 heures d'absence de réponse au traitement médical, une prise en charge chirurgicale ne doit pas être retardée.

b. LA PERFORATION COLIQUE

Survenant le plus souvent lors de la première poussée, la perforation peut notamment compliquer la colectasie. Par ordre de fréquence, le colon gauche, plus précisément le sigmoïde est la localisation la plus touchée.

c. LES RETRECISSEMENTS

Leur incidence varie entre 6.3% et 11.2%, après généralement une période d'évolution d'au moins 5 ans.

Touchant avec préférence le colon sigmoïde et le rectum, les rétrécissements peuvent être courts (entre 2 – 3 cm de long) ou plus étendus (plus de 30 cm).

Ils se manifestent par une augmentation de la fréquence du nombre de selles et une incontinence fécale.

d. LA DYSPLASIE

Stade de lésion précancéreuse, la dysplasie correspond à une prolifération épithéliale néoplasique non invasive. L'intérêt de réaliser des biopsies étagées multiples prend tout son sens ici car la dysplasie se répartit de manière non homogène sur le colon.

Ce stade précancéreux n'est cependant pas nécessaire au développement ultérieur d'une lésion cancéreuse. En effet, l'analyse de pièces cancéreuses de colectomie a révélé que seules 70% des pièces possédaient de la dysplasie.

A noter en revanche, le taux de dysplasie apparaît très élevé dans les sténoses coliques (90%), nécessitant une intervention chirurgicale.

3. COMPLICATIONS LOCALES DE LA MC

a. LES STENOSES

Celles-ci se manifestent le plus souvent par un syndrome dit de König : météorisme abdominal associé à des douleurs postprandiales tardives favorisées par les résidus, essentiellement en fosse iliaque droite, augmentant rapidement d'intensité. Le patient est soulagé par une débâcle gazeuse ou fécale.

b. LES FISTULES

Présentes dans près de 46% au moment du diagnostic, les fistules sont dans 54% de localisations anopérinéales, 24% entéro-entériques, 9% recto-vaginales et 13% d'autres localisations. Après 20 ans d'évolution de la maladie, elles présentent une incidence cumulée de 35%.

c. LES ABCES INTRA ABDOMINAUX (32)

Les abcès compliquent entre 10% et 30% des MC. La gravité de cette complication s'explique en partie par le fait qu'elle survient chez des malades dénutris, immunodéprimés, posant des problèmes de prise en charge.

Correspondant à des fistules internes situées le plus souvent en amont des sténoses, les abcès intra abdominaux se manifestent cliniquement par des douleurs de siège fixe, lancinantes. S'y associe une forte symptomatologie systémique ainsi que parfois une masse abdominale palpable au cours de l'examen.

d. LES LESIONS ANO-PERINEALES⁽³³⁾

Elles sont classées en deux groupes : les lésions spécifiques (ulcérations-fissurations, abcès-fistules et les sténoses) et les lésions non spécifiques (hémorroïdes, pseudomaririsques, dermites).

Les manifestations ano-périnéales (MAP) affectent environ un malade sur deux au cours de l'évolution de la MC. Leur fréquence semble augmenter en fonction de la localisation de la MC intestinale : celle-ci est d'autant plus grande qu'il existe des lésions intestinales distales.

B. PARTICULARITE DE LA CARENCE MARTIALE ET DE L'ANEMIE DANS LES MICI^{(34) (35)}

L'anémie semble de prévalence élevée chez les patients atteints de MICI ayant une maladie active ou en rémission. Sa prévalence moyenne a été estimée à 45% à partir des études disponibles dans la littérature.

1. DEFINITION DE L'ANEMIE SELON L'OMS

L'anémie est définie chez l'homme par un taux d'hémoglobine inférieur à 13 g/dl, chez la femme par un taux d'hémoglobine inférieur à 12 g/dl ou inférieur à 11 g/dl chez la femme enceinte. On parle d'anémie sévère si le taux d'hémoglobine est inférieur à 8g/dl.

2. MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'ANEMIE

L'anémie peut entraîner une altération de la qualité de vie des patients, en causant de multiples symptômes :

- Asthénie, céphalées, vertiges, insomnies, syndrome des jambes sans repos,
- Dyspnée, tachycardie, angor,
- Glossites, stomatites, alopécie,
- Anorexie, nausée, trouble de la motilité digestive,
- Complications de la grossesse,
- Troubles de la libido, aménorrhée.

3. ETIOLOGIES DE L'ANEMIE DANS LES MICI

Elle peut être ferriprive, inflammatoire, liée à une carence en vitamine B12 ou folates, médicamenteuse ou encore hémolytique.

a. ANEMIE FERRIPRIVE

L'anémie ferriprive se rencontre en cas d'hémorragies digestives qui restent l'étiologie la plus fréquente, d'une absorption insuffisante en lien avec l'inflammation du duodénum et du jéjunum, d'une inflammation chronique de l'intestin qui impacte sur l'absorption mais également sur le transport et le stockage du fer et enfin d'une réduction de la prise alimentaire en fer (par restriction ou habitude alimentaire).

b. ANEMIE INFLAMMATOIRE

L'inflammation chronique va réduire la quantité en fer disponible pour la synthèse, diminuant ainsi la capacité de production des globules rouges, qui peuvent avoir également une durée de vie plus courte.

c. ANEMIE PAR CARENCE EN VITAMINE B12 ET ACIDE FOLIQUE

Du fait de l'inflammation locale de l'intestin grêle ou secondairement à une résection chirurgicale, l'absorption est insuffisante au niveau de l'intestin grêle (essentiellement dans la MC).

d. ANEMIE MEDICAMENTEUSE

La Sulfazalasine et la Mesalazine ont pour effet secondaire de troubler l'absorption des folates et de favoriser l'hémolyse et l'aplasie. L'Azathioprine et la Mercaptourine, quant à eux, interfèrent avec l'érythropoïèse et peuvent également induire une macrocytose isolée.

e. ANEMIE HEMOLYTIQUE :

L'anémie hémolytique reste exceptionnelle, souvent au décours de la RCH avec pANCA positifs et parfois avec cholangite sclérosante primitive associée.

4. DIAGNOSTIC DE CARENCE EN FER ET D'ANEMIE DANS LES MICI

a. MESURE DE L'HEMOGLOBINE

Elle se définit chez l'homme par un taux d'hémoglobine inférieur à 13 g/dl, chez la femme par un taux d'hémoglobine inférieur à 12 g/dl ou inférieur à 11 g/dl chez la femme enceinte.

b. VGM ET CCMH : MICROCYTOSE ET HYPOCHROMIE

Critères non spécifiques de la carence en fer car se rencontrent également en cas d'inflammation chronique, de thalassémie.

40% des patients atteints de MCI ayant une carence sont normochromes normocytaires (par exemple du fait de traitements tel que l'Azathioprine).

c. FERRITINE ET COEFFICIENT DE SATURATION DE LA TRANSFERRINE (CST)

La ferritine est l'examen de première intention pour rechercher une carence en fer. En l'absence d'inflammation, une ferritine inférieure à 30 ng/ml témoigne de cette carence. Mais du fait qu'on puisse observer une ferritine normale ou augmentée alors que les réserves sont parfois insuffisantes, il est intéressant de doser également le CST conjointement à la ferritine.

d. RECEPTEURS SOLUBLES DE LA TRANSFERRINE (RST)

Il n'existe aucune recommandation au dosage de ces récepteurs solubles de la transferrine dans la pratique courante, selon l'HAS. Cependant, on peut constater que leur taux est augmenté dans les carences ferriprivés et non influencé par une inflammation chronique. Ces récepteurs constituent donc des marqueurs plus précoces et plus sensibles dans les anémies des MCI en présence d'une inflammation chronique, que la ferritinémie.

En revanche, leur taux augmente en présence d'une anémie hémolytique ou d'une thalassémie.

	ANEMIE FERRIPRIVE	ANEMIE INFLAMMATOIRE	ANEMIE FERRIPRIVE ET INFLAMMATOIRE
Hémoglobine	Diminuée	Diminuée	Diminuée
VGM	Diminué	Diminué ou normal	Diminué ou normal
Ferritinémie	Diminuée	Augmentée	Normale ou diminuée
CST	Diminué	Diminué	Diminué
RST	Augmentés	Normaux	Augmentés

Tableau 6 : Évolution des paramètres biologiques au cours d'une anémie ferriprive, inflammatoire et mixte.

5. PRISE EN CHARGE D'UNE CARENCE OU D'UNE ANEMIE FERRIPRIVE DANS LES MICI⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾

D'après les recommandations de l'ECCO statement 2B, il est indiqué de corriger l'insuffisance en fer dans l'anémie ferriprive. L'objectif thérapeutique étant de normaliser le taux d'hémoglobine et les réserves de fer (ferritine).

Pour cela, plusieurs étapes sont nécessaires.

a. REGLES D'HYGIENE DIETETIQUE

Conseils et adaptations diététiques.

b. SUPPLEMENTATION EN FER PAR VOIE ORALE

Bien qu'ayant de nombreux avantages tels que : coût, efficacité, l'observance est souvent moins bonne en raison de ses effets secondaires de tolérance digestive et de sa durée de traitement. Selon les recommandations ECCO statement 2E et 2F, une dose de 100mg quotidienne ne doit pas être dépassée car plus de 25% des patients vont présenter une intolérance au traitement et une aggravation de leur CDAI sous fer per os.

Un contrôle du bilan sanguin devra être fait sous 3 mois après le début du traitement avec un objectif de ferritinémie $> 100\text{ng/ml}$.

c. SUPPLEMENTATION EN FER PAR VOIE INTRA VEINEUSE

Cette voie est privilégiée, en raison de la rapidité de correction des réserves en fer (recommandations Grade A), en première intention en cas d'anémie avec $\text{Hb} < 10\text{ g/dl}$, de carences profondes, d'intolérance ou de non observance au fer per os.

Selon les recommandations ECCO statement 3E, le fer en intraveineux doit être envisagé si la ferritinémie $< 100\text{ng/ml}$ et/ou si l' $\text{Hb} < 12-13\text{ g/dl}$ (suivant le sexe).

En raison des rechutes fréquentes, ces patients doivent être recontrôlés 3 mois après la fin de la correction, puis tous les 6 à 12 mois par la suite.

d. TRANSFUSIONS SANGUINES

Indiquées uniquement en cas d'échec des thérapeutiques précédemment citées ou en cas d'anémie profonde avec $\text{Hb} < 10\text{ g/dl}$ et mauvaise tolérance clinique, selon les recommandations ECCO statement 4D. La transfusion doit être systématiquement suivie d'une perfusion de fer en intra veineuse.

C. PROBLEMES NUTRITIONNELS DANS LES MICI⁽³⁸⁾

1. GENERALITES

On estime que 20 à 75% des malades porteurs d'une MICI présentent une perte de poids, celle-ci faisant partie du tableau clinique classique de la maladie.

a. LA MALNUTRITION PROTEINO-ENERGETIQUE

Récemment, une étude a montré que l'indice de masse corporelle (IMC) des malades atteints d'une RCH ou d'une MC, dans une population ambulatoire non sélectionnée, était de 21, donc inférieur à l'IMC moyen en France. De plus, plus d'un tiers de ces malades présentaient un IMC inférieur à 20, traduisant une malnutrition protéino-énergétique.

b. LES CARENCES EN MICRONUTRIMENTS ET VITAMINES

De nombreuses études ont retrouvé, à côté de la dénutrition protéino-énergétique, un certain nombre de carences sélectives, principalement en électrolytes, vitamines et/ou oligo-éléments.

Parmi les plus récentes, l'étude de Kukori et. al a révélé une carence en vitamines A, E, B1, B2, B5, B6 et folates, chez 24 malades porteurs d'une MC iléale comparativement à un groupe contrôle.

Cependant, ces résultats sont à relativiser car le dosage des taux sériques n'est pas toujours bien corrélé aux concentrations tissulaires car une diminution de synthèse de certaines protéines de transport peut s'observer du fait de l'inflammation.

c. LES PROBLEMES OSSEUX

30 à 40% des malades porteurs d'une MICI vont présenter des signes d'ostéoporose ou d'ostéomalacie lors de mesures d'absorptométrie biphotonique, au cours de l'évolution de la maladie. Probablement d'origine multifactorielle, plusieurs facteurs de risque associés aux désordres osseux sont présents dans les MICI : dénutrition, corticothérapie, atteinte jéjunale et résection intestinale.

d. LES TROUBLES DE LA CROISSANCE

Dès la découverte de la maladie chez les enfants, il est nécessaire de rechercher systématiquement une anomalie de la croissance. En effet, le risque pour ces enfants est de présenter un retard de croissance staturo-pondéral. Or, plus le diagnostic est précoce et donc la prise en charge rapide, plus on peut espérer une normalisation de la croissance.

2. LES CAUSES DE DENUTRITION AU COURS DES MICI

a. LES CARENCES D'APPORT

Les patients atteints de MICI vont spontanément diminuer leurs ingestas, du fait de troubles dyspeptiques, de douleurs abdominales, de sténoses digestives, de régimes abusifs ou encore d'hospitalisations à répétition. Cela a été montré dans l'étude menée par Rigaud en comparant l'apport énergétique de malades dénutris et non dénutris. Cette étude a également révélé que sur le plan de la qualité de vie, leur score de dépression était plus élevé que les malades non dénutris.

b. LA MALABSORPTION, L'ENTEROPATHIE EXSUDATIVE

Probablement responsable des carences vitaminiques, la malabsorption ne peut expliquer à elle seule une carence protéino-énergétique, sauf en cas d'atteinte sévère et étendue de l'intestin grêle ou après résection intestinale étendue.

c. LES ANOMALIES METABOLIQUES

Dans son étude Al Jaouni et al. a montré une augmentation de la dépense énergétique de repos chez les patients porteurs de MCI, probablement en lien avec une inflammation chronique. A cela s'ajouteraient une augmentation de l'oxydation des graisses responsable d'une balance lipidique négative entraînant ainsi perte de poids, perte de masse grasse et renutrition difficile.

d. LE ROLE DES TRAITEMENTS

Certains traitements comme l'Azathioprine, le Méthotrexate, et à moindre degré la Salazopyrine, peuvent être délétères sur le plan nutritionnel. En effet, ils inhibent la dihydrofolate réductase, entraînant une diminution de la synthèse de tétrahydrofolate à partir de l'acide folique.

La corticothérapie et ses effets néfastes, tant sur le plan osseux que sur celui de la croissance, sont également bien connus.

3. PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES NUTRITIONNELS AU COURS DES MICI

Il apparaît nécessaire d'effectuer un suivi nutritionnel régulier avec une pesée à chaque consultation. On peut éventuellement compléter par un bilan nutritionnel, une évaluation des ingestas voire une recherche de carences nutritionnelles spécifiques en cas de perte pondérale.

a. LA PRISE EN CHARGE DIETETIQUE

Le plus souvent, la prise en charge diététique consiste dans un premier temps à éviter les erreurs de régime les plus communément observées. Il faut faire comprendre aux patients qu'un régime sans résidu ne doit pas être prolongé en dehors d'une poussée inflammatoire ou d'une sténose. En effet, ce régime nutritionnel n'aura aucune influence sur la survenue ou non d'une poussée. Le message à faire passer est qu'il faut maintenir une alimentation quantitativement et qualitativement équilibrée, pour éviter les carences. Pour cela, le médecin peut s'aider d'un(e) nutritionniste.

En revanche, en cas de perte pondérale continue, il peut s'avérer nécessaire de recourir à des compléments alimentaires, à prendre en dehors des repas pour compléter celui-ci.

b. LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINES ET MICRONUTRIMENTS

Dans le cas d'une corticothérapie, une supplémentation, couplant calcium et vitamine D, lutte pour la prévention des anomalies osseuses. A cela peut s'ajouter, si nécessaire, un traitement par biphosphonates en cas de corticothérapie au long cours. Dans le cas d'un traitement par Azathioprine, Méthotrexate, une supplémentation en folinate de calcium peut être instaurée pendant la durée du traitement.

Parfois, un recours à une supplémentation multi-vitaminiques systématique s'avère intéressante du fait de la fréquence des carences.

D. PARTICULARITE DES CANCERS⁽³⁹⁾

1. ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER COLORECTAL (EN FRANCE ET CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE MICI)

a. EPIDÉMIOLOGIE DU CCR EN FRANCE

Le cancer colorectal (CCR) occupe le 3^{ème} rang chez l'homme et le 2^{ème} rang chez la femme en termes d'incidence, avec respectivement 24 000 et 20 900 nouveaux cas par an en France, selon les dernières données de l'InVS de 2017.

La survie globale à 5 ans est estimée à 63%.

Près de 6 cas sur 10 chez l'homme (57%) et 4 cas sur 10 chez la femme (44%) vont survenir entre 50 et 74 ans.

b. EPIDÉMIOLOGIE DU CCR EN FRANCE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE MICI

Différentes études ont montré des prévalences très variables du CCR chez les patients porteurs de MICI.

- POUR LA RCH :

Des études récentes ont retrouvé des taux d'incidence plus faibles que dans les études menées auparavant. En effet, dans la méta-analyse de Jess et al., le risque cumulé de CCR était inférieur à 1% à 10 ans, de 0.4 à 2% à 15 ans et de 1.1% à 5.3% à 20 ans.

Ce risque était en revanche surélevé par rapport à une population « saine » si la maladie s'était déclarée avant l'âge de 20 ans, si une cholangite sclérosante primitive était associée à la MICI ou si la maladie évoluait depuis plus de 13 ans.

- **POUR LA MC :**

Les données les plus récentes ont montré des taux d'incidence cumulés à 3% à 8 ans, 5% à 20 ans et 8% à 30 ans.

Le risque accru par rapport à la population générale est multiplié de 2 à 4.

2. FACTEURS DE RISQUE DU CANCER COLORECTAL AU COURS DES MICI (36) (37)

D'après les recommandations ECCO 2012, les facteurs de risque de CCR au cours des MICI sont :

a. **LA DUREE D'EVOLUTION DE LA MALADIE (ECCO statement 9A)**

L'ensemble des études sont d'accord pour dire que l'incidence du CCR augmente au cours de l'évolution de la maladie, même si ces mêmes études montrent des taux d'incidence très différents entre elles. Le risque semble débuter après une évolution de 8 à 10 ans de la maladie pour la RCH.

b. **L'ETENDUE DE LA MALADIE (ECCO statement 9B)**

Les maladies limitées au rectum ou au recto sigmoïde ne présentent pas de sur-risque de CCR à l'inverse des pancolites où le risque est maximum. Une vaste étude suédoise a été réalisée sur plus de 3000 malades ayant une pancolite ou une colite étendue au-delà de l'angle gauche. Ils présentaient un sur-risque de CCR plus élevé (Ratio standardisé d'incidence = SIR 14.8 ; IC 95% : [11.4-18.9]), que ceux ayant une colite gauche (SIR 2.8 ; IC 95% : [1.6-4.4]).

c. L'ASSOCIATION A UNE CHOLANGITE SCLEROSANTE PRIMITIVE

En cas de Cholangite Sclérosante Primitive (CSP) associée à une MICI, le risque serait globalement multiplié par 10, après une durée d'évolution médiane de 2.9 ans, d'après l'étude de cohorte CESAME. Ce risque apparaît dès le diagnostic de cholangite et persiste après transplantation hépatique.

d. LES ANTECEDENTS FAMILIAUX DE CCR

Un antécédent familial de CCR chez un apparenté du premier degré augmenterait le risque de CCR d'un facteur 2 chez les patients ayant une MICI.

La survenue avant 50 ans d'un CCR chez un apparenté au premier degré constituerait la situation la plus à risque, multipliant par neuf le risque de dégénérescence.

e. L'INFLAMMATION CHRONIQUE INTESTINALE

Une maladie cliniquement active sur une période supérieure à 1 an pourrait multiplier le risque de cancer par trois. La présence de pseudo-polypes doublerait le risque de cancer par trois. En effet, l'inflammation sévère est reconnue comme un facteur majeur de cancérogénèse, rendant également difficile la détection précoce de lésions dysplasiques.

Cette même constatation a été faite concernant l'activité inflammatoire histologique : plus celle-ci est élevée, plus il existe un sur-risque néoplasique.

f. UN AGE JEUNE AU DIAGNOSTIC DE MICI

De nombreuses études ont mis en évidence le rôle du temps comme facteur de risque de CCR associé aux MICI : difficile de savoir si cela s'explique par l'âge de diagnostic ou la durée d'évolution de la maladie.

3. DEPISTAGE EN PRATIQUE DANS LA RCH : DIAGNOSTIC PRECOCE DES CANCERS COLORECTAUX ASSOCIES A LA RCH⁽³⁹⁾

a. LE DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE DE DYSPLASIE

Basée sur la reconnaissance au microscope, après coloration à l'hématoxyline-éosine, de modifications architecturales et d'anomalies cytologiques des cellules épithéliales, la dysplasie se divise en trois grades : dysplasie indéfinie, dysplasie de bas grade, dysplasie de haut grade.

La concordance repose sur la confirmation par deux pathologistes experts du fait d'une très grande variabilité d'interprétation et de la procédure qui en découle : colectomie totale.

b. LA CHROMOENDOSCOPIE (CE)

L'une des difficultés dans les MICI est de détecter des lésions dysplasiques car elles sont pour la moitié planes et sont souvent confondues avec des lésions inflammatoires et hyperplasiques de régénération.

La chromoendoscopie est une coloration endoscopique (indigo carmin ou bleu de méthylène), couplée à un grossissement, destinée à améliorer la détection des lésions néoplasiques superficielles et permettre de réaliser des biopsies ciblées.

Une étude prospective réalisée en 2007, par Kiesslich et al.⁽⁴⁰⁾, retrouve une meilleure efficacité de la chromoendoscopie que la coloscopie standard dans la surveillance de la RCH.

4. ADENOCARCINOME DE L'INTESTIN GRELE

Bien que la cancérogénèse de l'Adénocarcinome de l'Intestin Grêle (ACG) reste mal connue, certaines pathologies prédisposantes ont pu être identifiées : Polypose Adénomateuse Familiale (PAF), syndrome HNPCC (Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer), syndrome de Peutz-Jeghers, MC et maladie cœliaque.

En effet, l'adénocarcinome de l'intestin grêle est une complication très rare de la MC dont le risque relatif est estimé entre 17 et 41 selon les études.

D'après les dernières données de l'étude CESAME, le risque relatif par rapport à la population générale est de l'ordre de 34 en cas de maladie de Crohn. Les patients sont également plus jeunes qu'en cas d'adénocarcinome de l'intestin grêle de novo.

Dans le cas de la MC, le site préférentiellement touché est l'iléon. Il est une cause de surmortalité tardive chez ces malades.

VI. RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS DE MCI SOUS TRAITEMENT SPECIFIQUE

A. RYTHME DES CONSULTATIONS SELON L'HAS⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

Dans la plupart des centres, le rythme des consultations s'échelonne tous les 6 mois à intervalles réguliers avec le gastro-entérologue référent.

Cela permet de limiter le nombre de perdus de vue et, à cette occasion, de rassurer le patient, de planifier les bilans sanguins et coloscopies de surveillance.

L'idéal bien entendu serait de pouvoir combiner à la fois un suivi régulier programmé mais également un accès libre en cas d'urgence après orientation par le médecin généraliste du patient.

B. BILANS SANGUINS INDIQUES AU COURS DU SUIVI SELON L'HAS⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

La consultation de suivi d'un malade porteur d'une MICI comprend, dans un premier temps, un relevé des symptômes, puis un examen physique et la prescription d'examens biologiques de surveillance. Parmi eux, il est nécessaire de réaliser systématiquement :

- Hémogramme complet : recherche d'anémie, microcytose ou macrocytose, leucopénie, neutropénie, lymphopénie, chez les patients traités par Azathioprine ou Méthotrexate,
- Bilan hépatique : ALAT, Gamma-GT, chez les malades traités par Méthotrexate ou Azathioprine,
- Créatininémie, chez les malades traités par Méthotrexate ou Salicylés.

C. COLOSCOPIE DE DEPISTAGE⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾

1. MODALITES DE LA COLOSCOPIE DE DEPISTAGE

Si la coloscopie initiale permet de faire une cartographie de l'étendue des lésions et de s'assurer de l'absence de lésions dysplasiques, il est recommandé de réaliser après plusieurs années d'évolution une coloscopie de dépistage. Cette coloscopie doit être réalisée en dehors d'une poussée aiguë pour éviter les faux positifs du fait du remaniement inflammatoire.

Des biopsies ciblées sont réalisées, par un opérateur entraîné, au niveau des lésions suspectes révélées par la chromoendoscopie ainsi que des biopsies étagées en lumière blanche.

2. QUEL RYTHME DE SURVEILLANCE ENDOSCOPIQUE ?

Une surveillance doit être débutée à partir de 8 ans d'évolution pour une pancolite, 15 ans pour une colite gauche (Grade B). Les rectites seules ne justifient pas de dépistage (Grade B).

Par la suite, un nouveau contrôle sera réalisé tous les 3 ans entre 10 et 20 ans, tous les 2 ans entre 20 et 30 ans, tous les ans au-delà de 30 ans d'évolution.

Ce rythme de surveillance va ensuite dépendre du risque individuel de chaque patient pouvant alors être annuel en cas de facteurs de risque. Parmi ces facteurs, on peut citer : âge jeune de début de la maladie, association à une CSP ou antécédents familiaux de CCR (Grade B).

D. PRISE EN CHARGE PSYCHO-SOCIALE DES PATIENTS ⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾

La consultation de suivi est aussi l'occasion d'un échange entre le médecin et le malade atteint de MICI. La relation qui se construit à long terme permet une « formation continue » du patient à la connaissance de sa maladie et l'établissement d'une relation de confiance.

L'impact des MICI sur la vie socio-professionnelle des malades reste mal connu et n'avait jamais été évalué à l'échelon de la population. L'impact en termes de qualité de vie, de fatigue, de handicap fonctionnel, d'alimentation et de moral est pourtant bien réel et important.

Une première étude appelé B.I.R.D : « Burden of the Inflammatory Bowel Disease », réalisée par l'Observatoire National des MICI en collaboration avec le Pr Peyrin Biroulet et le CHU de Nancy, a été réalisée en Mars 2014. 1211 patients ont répondu (1/3 formes légères, 1/3 formes modérées, 1/3 formes sévères) permettant d'obtenir un échantillon représentatif. Il a été constaté que chez les répondants, 30% se considéraient anxieux, 50% montraient des symptômes de dépression, 1 malade sur 2 décrivait une fatigue sévère.

Près de 1/3 des malades se disaient handicapés par leur maladie dans leurs activités quotidiennes.

Sur le plan professionnel, 1 malade sur 3 exprimait des difficultés rencontrées, au point que chez 10% d'entre eux cela pouvait aboutir à de l'absentéisme.

Une autre enquête de grande ampleur, nommée « Vie professionnelle et MICI : quelle réalité ? » a été réalisée entre le 8 Mars et le 6 Avril 2016, par l'IFOP, sous la forme d'un questionnaire mis en ligne sur le site de l'Observatoire des MICI. Celle-ci avait pour objectif de connaître le vécu des malades de Crohn (65%) et de RCH (35%) dans leur vie professionnelle et les difficultés rencontrées.

En complément des traitements « habituels », 16% des malades prenaient des antidépresseurs ou des anxiolytiques.

En ce qui concerne l'impact de leur état de santé sur leur travail, les malades déclarent que le symptôme le plus gênant est la fatigue, devant les diarrhées.

De manière générale, les MICI sont perçues comme ayant un fort impact sur les perspectives professionnelles des malades et générant une incertitude sur l'avenir. 45% des malades disent que la MICI a freiné leur évolution professionnelle.

53% des malades qui connaissaient l'existence de la RQTH (Reconnaissance Qualité de Travailleur Handicapé) l'ont demandée. Les principaux motifs invoqués pour ceux qui ne l'ont pas demandée ont été qu'ils ne se sentaient pas handicapés et par crainte de ses impacts négatifs.

MATERIEL ET METHODE

I. CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE

L'étude réalisée est une enquête d'opinion et de pratiques en médecine générale, concernant la population des médecins généralistes exerçant dans le département des Bouches-du-Rhône.

II. ELABORATION DE LA BASE DE DONNEES

A. RECRUTEMENT DES MEDECINS

La base de données, des médecins généralistes interrogés, a été faite à partir de différentes mailing-listes issues de la formation médicale, de groupes de pairs, de maîtres de stage universitaire de la faculté de médecine d'Aix-Marseille, de connaissances. Quelques demandes supplémentaires ont été effectuées en se basant sur le répertoire des Pages-jaunes.

A partir de cette base de données, les critères de sélection des médecins généralistes ciblaient uniquement les médecins généralistes du département des Bouches-du-Rhône, actifs, non-remplaçants. Aucune sélection n'a été faite sur l'âge, la durée d'exercice, le sexe ou encore le mode d'exercice.

Les médecins généralistes qui n'ont pas été retenus étaient ceux exerçant une activité particulière exclusive notamment : nutrition, acupuncture, gérontologie seule, pédiatrie seule, médecine thermale, médecine d'urgence.

Les différents modes d'exercice en médecine générale ont été représentés. Un échantillon suffisamment diversifié de médecins a ainsi été obtenu.

B. LIEUX DE RECRUTEMENT

Le département des Bouches-du-Rhône a été choisi comme lieu de recrutement du fait de sa diversification. Pour obtenir un échantillon varié, un des critères de sélection modifiable était la localisation géographique du cabinet médical du médecin généraliste dans le département. En effet, la facilité d'accès aux spécialistes gastro-entérologues et aux structures hospitalières pouvant influencer la pratique et le ressenti du médecin généraliste face aux MICI.

C. DUREE DE L'ETUDE

Cette enquête a été réalisée sous forme de questionnaires envoyés par mail, sur une période de 2 mois, de mi-Octobre 2017 à mi-Décembre 2017.

III. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Ce travail a eu pour objectif principal de mieux connaître le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des MICI : RCH et MC.

Que ce soit dans l'initiation d'investigations complémentaires devant une suspicion diagnostique, l'orientation du patient vers un spécialiste gastro-entérologue ou un milieu hospitalier, le suivi au long cours de la maladie, l'initiation de thérapeutiques ou encore son attitude face à d'éventuelles complications.

L'étude s'est attachée également à mieux connaître les conditions d'exercice des médecins généralistes à l'égard des personnes suivies pour une MICI, et d'appréhender les difficultés rencontrées au quotidien face au corps médical, aux patients et aux institutions.

IV. ELABORATION ET ENVOI DES QUESTIONNAIRES

A. ELABORATION

Le questionnaire, standardisé, a été intitulé « Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans la prise en charge des MICI dans le département des Bouches-du-Rhône ».

Celui-ci, destiné aux médecins généralistes, a été élaboré durant le mois de Septembre 2017, en fonction des objectifs précédemment cités et des données de la littérature. Par la suite, avec l'aide de mon directeur de thèse, le Dr Jacques BARGIER, j'ai rencontré le Dr Hélène CARRIER afin de lui soumettre ce premier jet. Ensemble, au cours d'un entretien réalisé au cabinet médical de celui-ci, nous avons revu point par point l'architecture du questionnaire, les différentes questions et de nouvelles « pistes » m'ont été soumises pour permettre son amélioration. Le questionnaire définitif a donc été élaboré à la mi-Octobre 2017.

Plusieurs variables susceptibles d'influencer les résultats ont été identifiées : sexe, âge, lieu d'exercice, mode d'exercice du médecin, nombre de patients atteints de MICI parmi la patientèle. L'âge des médecins retenus pouvant influencer les résultats dans la mesure où la formation diffère selon les périodes, 4 variables de tranches d'âge ont été créées après réponse au questionnaire. Cela a permis également de comparer ces résultats avec les données démographiques médicales du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).

Le questionnaire s'articule donc autour de 6 parties, dans un but exploratoire : les médecins et leur type de pratique afin de caractériser l'échantillon (questions catégorielles), leur attitude face aux patients atteints d'une MICI, leur ressenti face à la prise en charge de ces patients, leur volonté d'implication dans le domaine des MICI, leur ressenti vis-à-vis de la communication entre les spécialistes médecins généralistes – les spécialistes gastro-entérologues – le milieu hospitalier, les contraintes dans leur pratique quotidienne lors de la prise en charge de ces patients.

Il est composé de questions, majoritairement de questions fermées avec choix dirigés pour certaines (données personnelles, mode d'activité, ...). Seule la partie finale du questionnaire comporte une question ouverte avec commentaires libres afin de laisser toute latitude aux médecins de s'exprimer.

Une unique version du questionnaire a été déclinée : une version électronique (cf. Annexe 1.) réalisée à l'aide du logiciel Google drive® et consultable sur le lien : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdmaMfU78nlJdQApU_Wumsh-1sUYthkuA2iXEHqi6ZeUqctBQ/viewform?usp=sf_link. Le lien était accompagné d'un texte de présentation et explicatif de l'étude. La durée de remplissage était estimée à moins de 5 minutes seulement (cf. Annexe 2.).

B. ENVOI

L'envoi du questionnaire a donc été réalisé par courriel à partir de la mailing-liste obtenue et après sélection en fonction des critères d'inclusion définis précédemment.

Au total, 283 questionnaires ont été adressés et les résultats ont été recueillis entre le 16 Octobre 2017 et le 29 Décembre 2017. 2 relances ont été effectuées pour les non-répondants. Au premier envoi, 43 réponses ont été obtenues, 16 réponses à la première relance et 3 à la deuxième relance, où au vu du faible taux de réponses, nous avons décidé d'arrêter les relances.

A l'issue de ces différents envois, 61 réponses ont été obtenues sur les 283 envois, soit environ 22% de réponses.

Parmi les médecins non répondants : 1 médecin était retraité, 9 autres n'avaient pas une adresse mail fonctionnelle. J'ai également joint par téléphone quelques médecins pour connaître les raisons de leur non-réponse au questionnaire : cela s'expliquait souvent par un manque de temps ou par un manque d'intérêt pour le sujet.

Aucun appel ni mail n'a été reçu pour une demande d'information complémentaire ou autre explication concernant le questionnaire (mes coordonnées avaient été fournies lors de la présentation de mon travail dans le mail envoyé aux médecins).

V. TRAITEMENTS DES RESULTATS : ANALYSE STATISTIQUE

Les réponses aux questionnaires envoyés par mail ont été automatiquement intégrées dans le logiciel Gmail, sous la forme d'un tableau, puis reportées dans un fichier Microsoft Excel® avant d'être soumises à une analyse statistique, après anonymisation par un numéro.

L'analyse statistique a consisté en une description des variables, réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Excel® et du site internet biostaTGV, disponible gratuitement sur internet.

Une analyse descriptive des variables quantitatives a notamment été réalisée. Pour les comparaisons de variables qualitatives, des tests de Chi 2 ont été effectués avec un risque alpha de première espèce choisi égal à 5%. En cas d'effectifs inférieurs à 5, nous avons réalisé un Test exact de Fisher. Le test t Student a permis quant à lui d'étudier les variables quantitatives.

Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives pour une valeur de $p < 0,05$.

VI. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Pour répondre à l'objectif de l'étude, une synthèse méthodique de la littérature par interrogation des bases CISMeF et Medline a été réalisée à l'aide des mots-clés suivants :

- Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin – inflammatory bowel disease, chronic intestinal inflammatory diseases
- Rectocolite hémorragique - ulcerative colitis
- Maladie de Crohn – Crohn's disease
- Immunothérapie, biothérapies – immunotherapy, biological therapies
- Médecin généraliste – general practitioner

Les recommandations de pratique clinique, les guides produits par les institutions sanitaires françaises, les thèses de médecine en lien avec le sujet, ainsi que les articles concernant la prise en charge diagnostique et thérapeutique des MICI, notamment en médecine générale, ont été sélectionnés pour analyse.

Cette première sélection a été complétée d'une recherche manuelle des documents cités dans les références. Chaque document a été évalué en termes de pertinence et d'utilité pour la médecine générale à partir de son titre et de son abstract. Un document a été défini comme pertinent s'il apportait des éléments de bonne pratique ou de dysfonctionnement liés à la prise en charge des MICI. Toutes les références répondant à ces critères ont été analysées dans leur intégralité.

RESULTATS

295 courriels ont été obtenus avant vérification de leur réponse ou non aux critères d'inclusion.

283 courriels ont finalement été sélectionnés.

222 courriels envoyés n'ont jamais obtenu de réponse au cours des différentes relances.

1 médecin était retraité.

9 médecins avaient une adresse mail non fonctionnelle.

1 médecin a envoyé une réponse en indiquant qu'il répondrait dans la soirée au questionnaire et aucune réponse n'a été reçue par la suite.

3 médecins n'exerçaient pas la médecine générale : 1 uniquement de l'homéopathie, 1 uniquement de la nutrition et 1 uniquement de l'acupuncture.

Les profils étaient suffisamment diversifiés pour attendre des réponses abordant tous les points pertinents potentiels.

Au total, 61 médecins généralistes ont répondu au questionnaire, soit un taux de répondants de 22%.

I. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS GENERALISTES AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE

A. REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES SELON LEUR SEXE

	Femme	Homme	TOTAL
Nombre de MG	27	34	61
% de MG	44,20%	55,80%	100%

Tableau 7 : Répartition des médecins généralistes selon leur sexe.

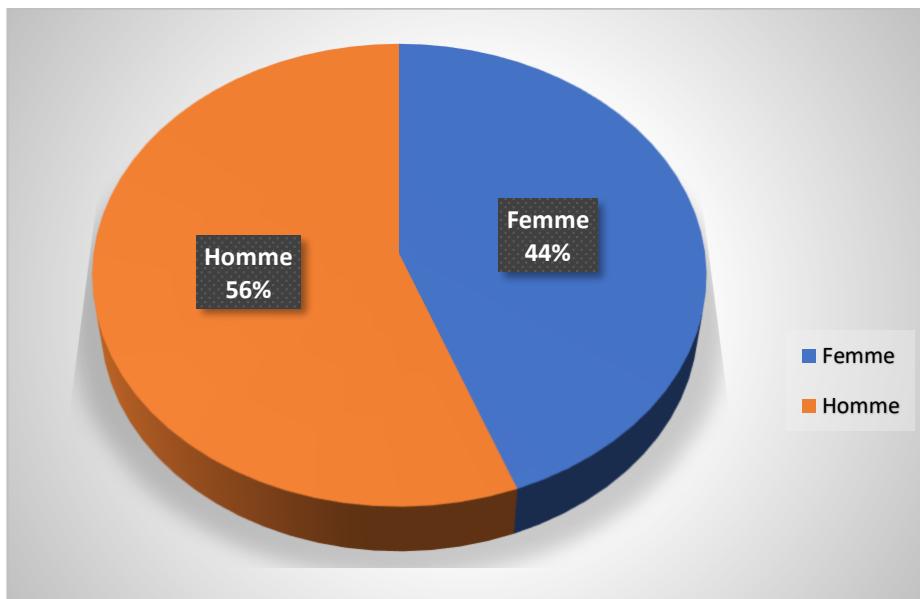


Figure 7 : Répartition des médecins généralistes selon leur sexe.

Sur les 61 médecins interrogés ayant répondu dans le cadre de notre enquête, 34 médecins étaient de sexe masculin, soit une proportion de 56% versus 27 médecins de sexe féminin, soit une proportion de 44%. Il y a donc d'avantage de médecins de sexe masculin qui ont répondu au questionnaire que de médecins de sexe féminin.

B. REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES SELON LEUR TRANCHE D'AGE

Tranches d'âge	< 40 ans	40 – 49 ans	50 – 59 ans	> 60 ans	TOTAL
Nombre de MG	17	12	18	14	61
% de MG	28%	20%	29%	23%	100%

Tableau 8 : Répartition des médecins généralistes selon leur tranche d'âge.

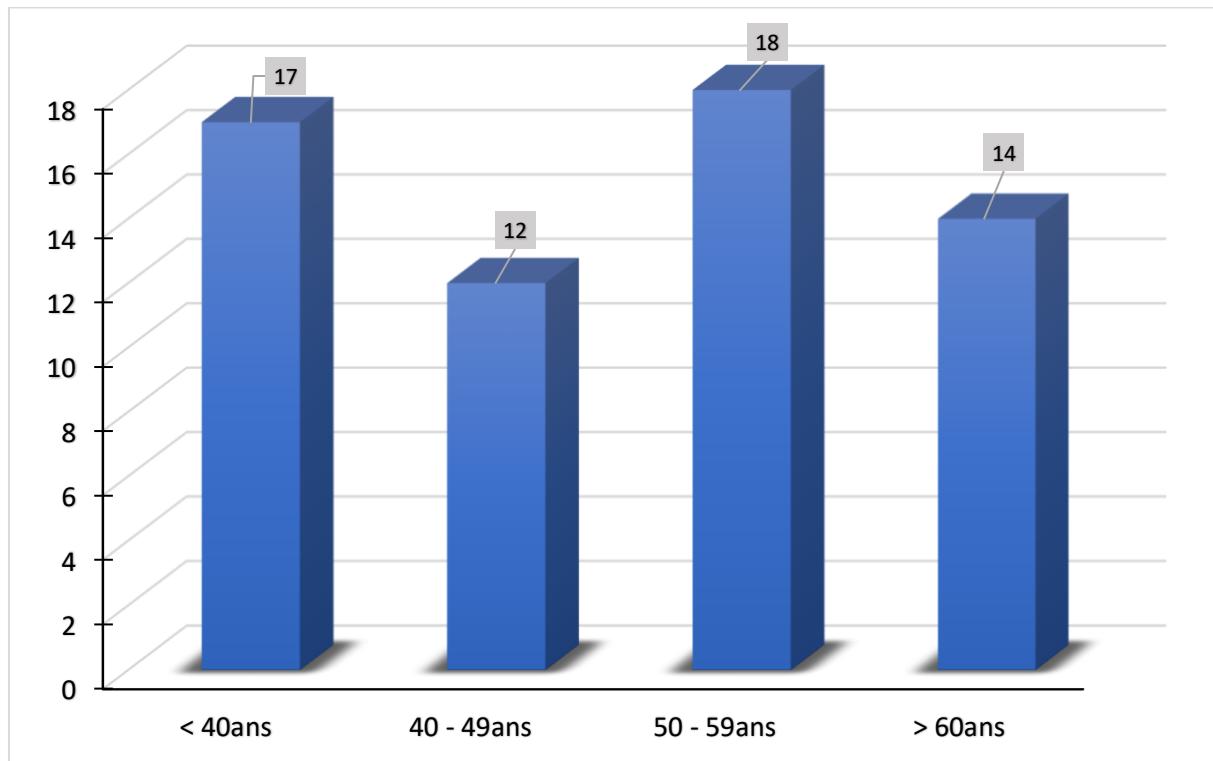


Figure 8 : Répartition des médecins généralistes selon leur tranche d'âge.

Aucune tranche d'âge n'était réellement plus représentée, permettant une grande homogénéité : on comptait 17 médecins de moins de 40 ans (28%), 12 médecins entre 40-49 ans (20%), 18 médecins entre 50-59 ans (29%) et 14 médecins de plus de 60 ans (23%). La tranche d'âge de 40-49 ans était donc la moins représentée.

L'âge moyen des médecins généralistes répondants était de 50 ans.

C. REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES SELON LEUR SEXE ET LEUR TRANCHE D'AGE

Tranches d'âge	< 40 ans	40 – 49 ans	50 – 59 ans	> 60 ans	TOTAL
Nombre de femmes	7	11	8	1	27
Nombre d'hommes	10	1	10	13	34
% Hommes	16%	2%	16%	22%	56%
% Femmes	11%	18%	13%	2%	44%

Tableau 9 : Répartition des médecins généralistes selon leur sexe et leur âge.

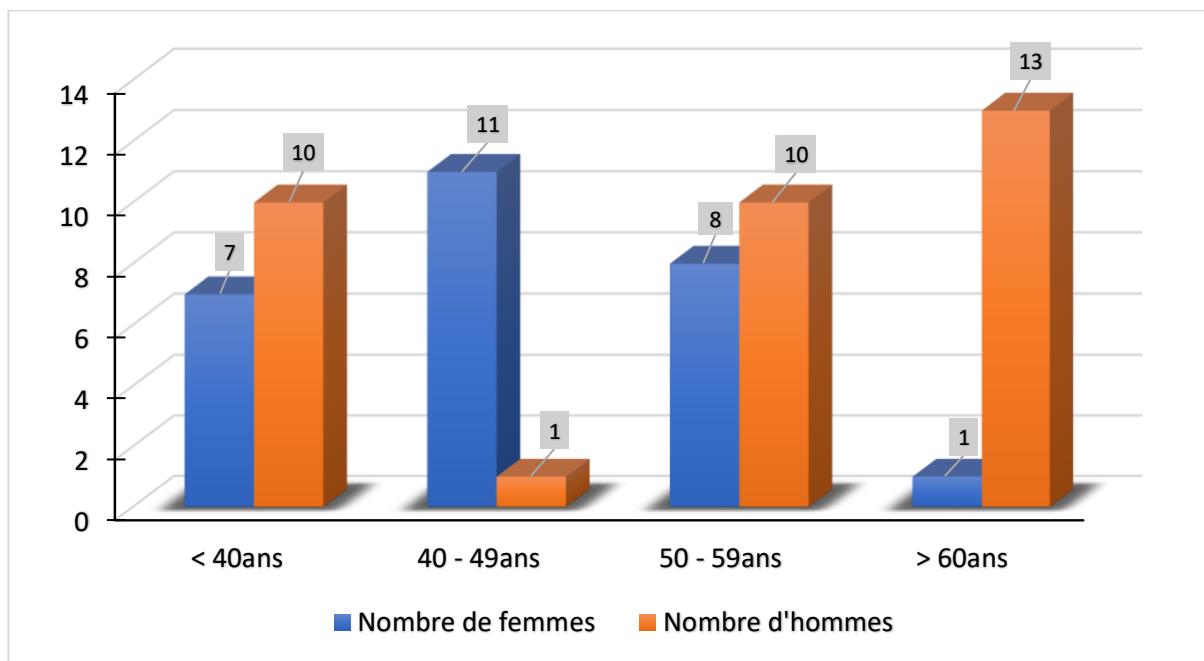


Figure 9 : Répartition des médecins généralistes selon leur sexe et leur âge.

Sur les 27 médecins de sexe féminin, 7 médecins ont moins de 40 ans (11%), 11 médecins entre 40-49 ans (18%), 8 médecins entre 50-59 ans (13%) et 1 médecin plus de 60 ans (2%).

Sur les 34 médecins de sexe masculin, 10 médecins ont moins de 40 ans (16%), 1 médecin entre 40-49 ans (2%), 10 médecins entre 50-59 ans (16%) et 13 médecins plus de 60 ans (22%).

Les médecins de sexe féminin étaient moins représentés dans la tranche d'âge de plus de 60 ans à la différence des médecins de sexe masculin qui étaient majoritaires dans cette catégorie : 1 versus 13.

Le même constat peut être fait dans la tranche d'âge 40-49 ans où les femmes sont les plus représentées et inversement les hommes en minorité : 11 versus 1.

Il existe donc une différence significative entre l'âge des hommes médecins et des femmes médecins ayant répondu au questionnaire : p-value = 0,02014 avec IC 95% ([-12.5476 ; -1.1085]) pour $p < 0.05$ (exemple de la tranche d'âge > 60 ans).

D. MOYENNE D'AGE DES MEDECINS GENERALISTES SELON LEUR SEXE

	FEMMES	HOMMES
Moyenne d'âge	46,73076923	53,55882353
Écart-type	9,8896216	12,23306789
Médiane	47	57
Extrêmes (années)	(30-65)	(33-71)
Variance	97,80461538	149,6479501

Tableau 10 : Moyenne d'âge des médecins généralistes selon leur sexe.

La moyenne d'âge des médecins de sexe féminin ayant répondu au questionnaire est de 46,7 ans versus 53,6 ans pour les médecins de sexe masculin avec un écart-type de 9,89 versus 12,23.

La médiane est de 47 ans chez les médecins de sexe féminin et de 57 ans chez les médecins de sexe masculin.

Les tranches d'âge où les médecins de sexe féminin étaient représentés allaient de 30 ans jusqu'à 65 ans et de 33 ans jusqu'à 71 ans pour les médecins de sexe masculin. Les médecins de sexe féminin étaient donc en moyenne plus jeunes que ceux de sexe masculin.

E. REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES SELON LEUR LIEU D'EXERCICE

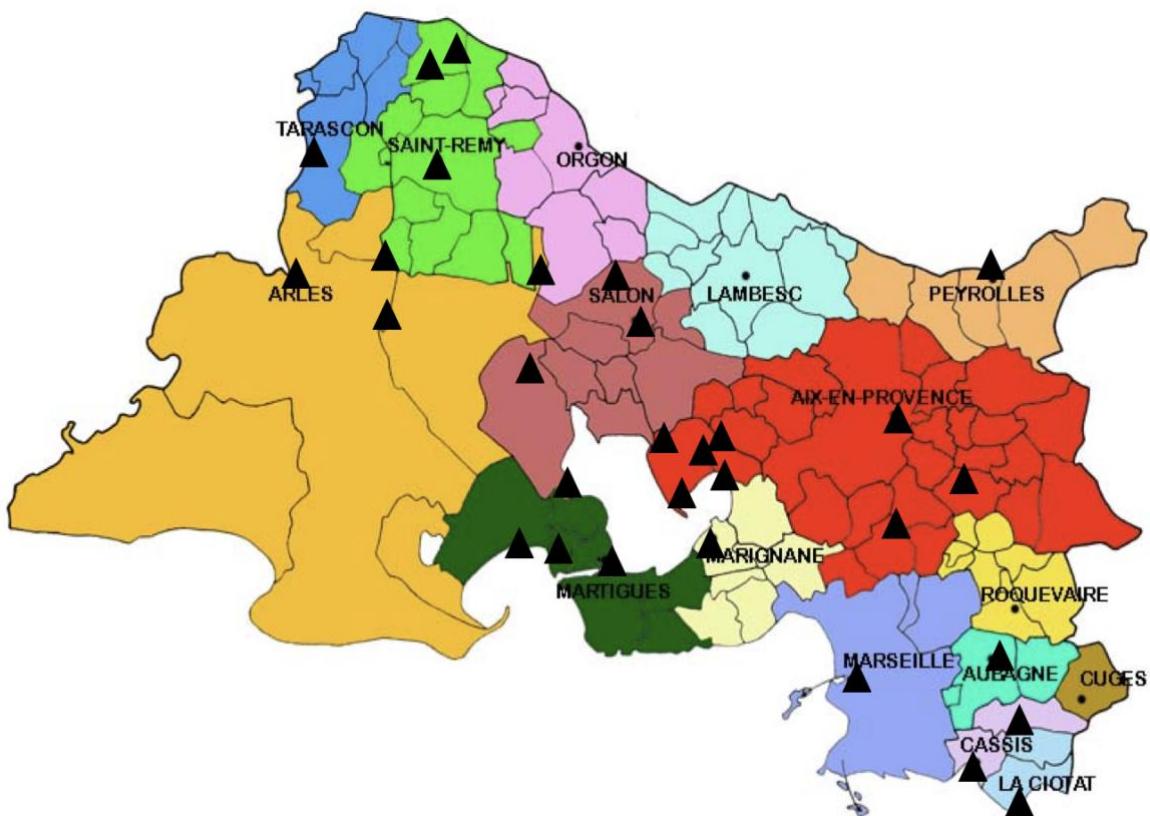


Figure 10 : Cartographie de la répartition géographique des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.

On constate une assez grande hétérogénéité dans les lieux d'exercice des médecins ayant répondu au questionnaire, même si certains secteurs des Bouches-du-Rhône sont sous-représentés comme le pays d'Arles dans sa partie camarguaise.

F. REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES SELON LEUR MODE D'EXERCICE

	Cabinet individuel	Cabinet de groupe	TOTAL
Nombre de MG	18	43	61
% de MG	29,50%	70,50%	100%
	Salariat	Libéral	TOTAL
Nombre de MG	6	55	61
% de MG	9,80%	90,20%	100%

Tableau 11 : Répartition des médecins généralistes selon leur mode d'exercice.

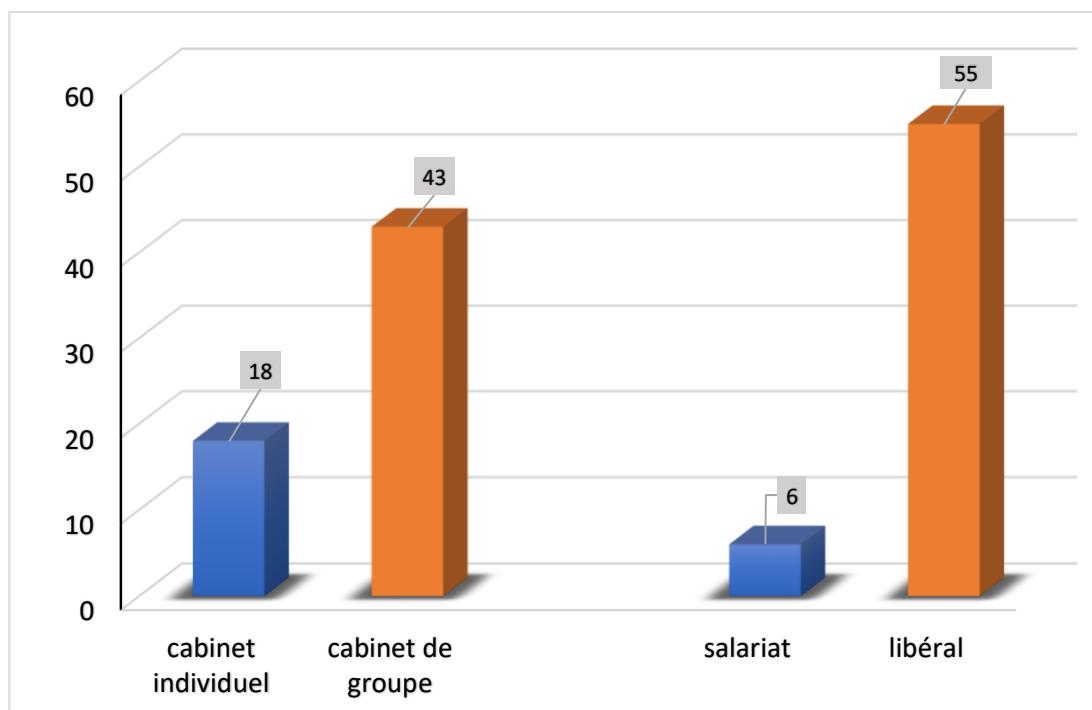


Figure 11 : Répartition des médecins généralistes selon leur mode d'exercice.

Sur les 61 médecins ayant répondu au questionnaire, 18 médecins exerçaient en cabinet individuel (30%) et 43 médecins en cabinet de groupe (70%).

Moins de 10% de ces médecins étaient salariés (6), la plupart d'entre eux (90%) avaient une activité libérale (55).

La majorité des médecins généralistes interrogés exerçaient donc en cabinet de groupe et avaient une activité libérale.

G. NOMBRE DE PATIENTS ATTEINTS DE MICI SUIVIS PAR LES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES

Nombre de patients atteints d'une MICI	< 5 patients	5 à 9 patients	10 à 15 patients	> 15 patients	TOTAL
Nombre de MG	26	19	14	2	61
% de MG	42,60%	31,10%	23%	3,30%	100%

Tableau 12 : Nombre de patients atteints d'une MICI parmi la patientèle des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.

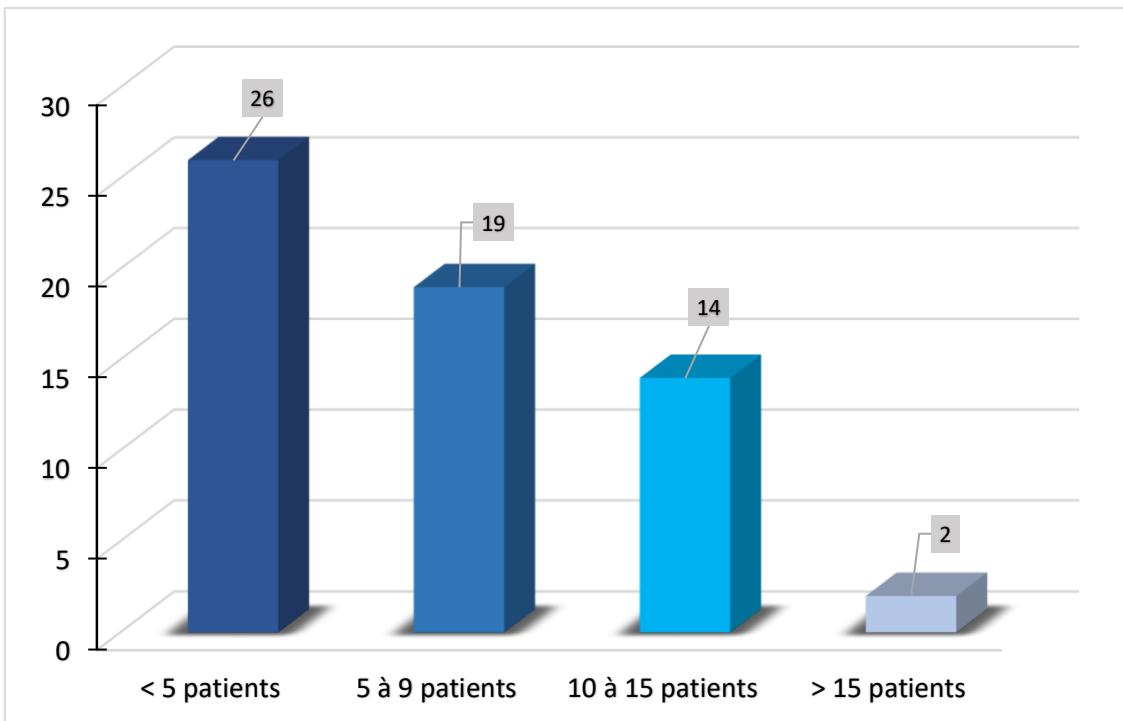


Figure 12 : Nombre de patients atteints d'une MICI parmi la patientèle des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.

Dans plus de 40% des cas, la patientèle des médecins interrogés était constituée de moins de 5 patients atteints de MICI (26 médecins soit 43%), puis de 5 à 9 patients (19 médecins soit 31%) et de 10 à 15 patients (14 médecins soit 23%). Seuls 2 médecins avaient plus de 15 patients atteints d'une MICI dans leur patientèle (3%).

H. FORMATION DPC EN MICI SUIVIE PAR LES MEDECINS GENERALISTES

	OUI	NON
Formation DPC suivie	5	56
% Formation DPC suivie	8%	92%

Tableau 13 : Nombre de médecins ayant suivi une formation DPC sur les MICI.

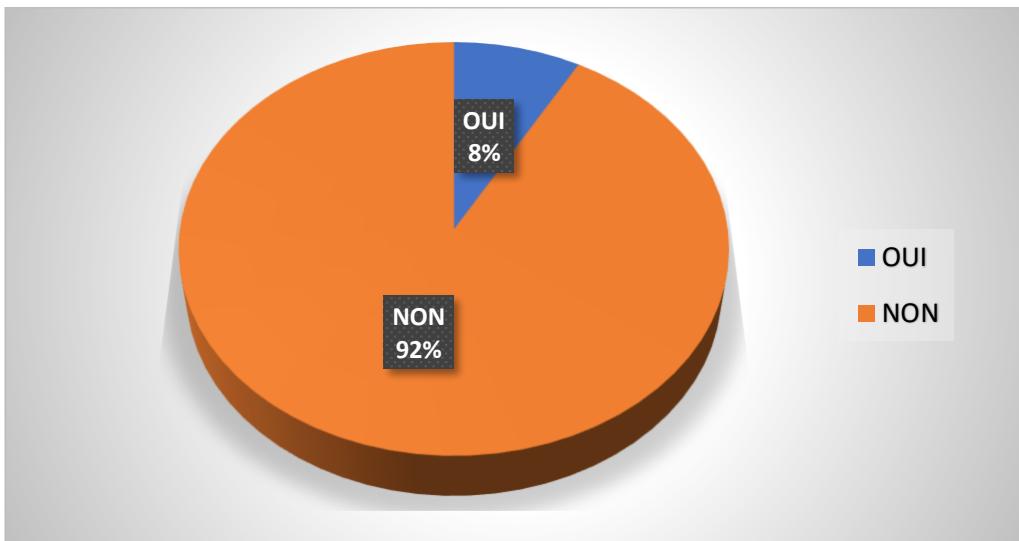


Figure 13 : Pourcentage de médecins ayant suivi une DPC sur les MICI.

Très peu de médecins généralistes interrogés ont suivi une formation DPC (Développement Professionnel Continu) dans le domaine des MICI : seuls 5 médecins soient 8% sur les 61 répondants.

Il est apparu donc intéressant par la suite de faire une comparaison sur le ressenti des médecins face à la prise en charge des MICI ayant suivi ou non une formation DPC.

II. ATTITUDE DES MEDECINS GENERALISTES FACE AUX PATIENTS ATTEINTS D'UNE MICI

A. ATTITUDE DEVANT UNE SUSPICION DE DIAGNOSTIC DE MICI

1. TOUS CRITERES CONFONDUS

	Orientation vers un gastro-entérologue directement	Demande d'examens complémentaires puis orientation vers gastro-entérologue
Nombre de MG	30	31
% de MG	49,2%	50,8%

Tableau 14 : Attitude des médecins généralistes devant une suspicion de diagnostic de MICI.

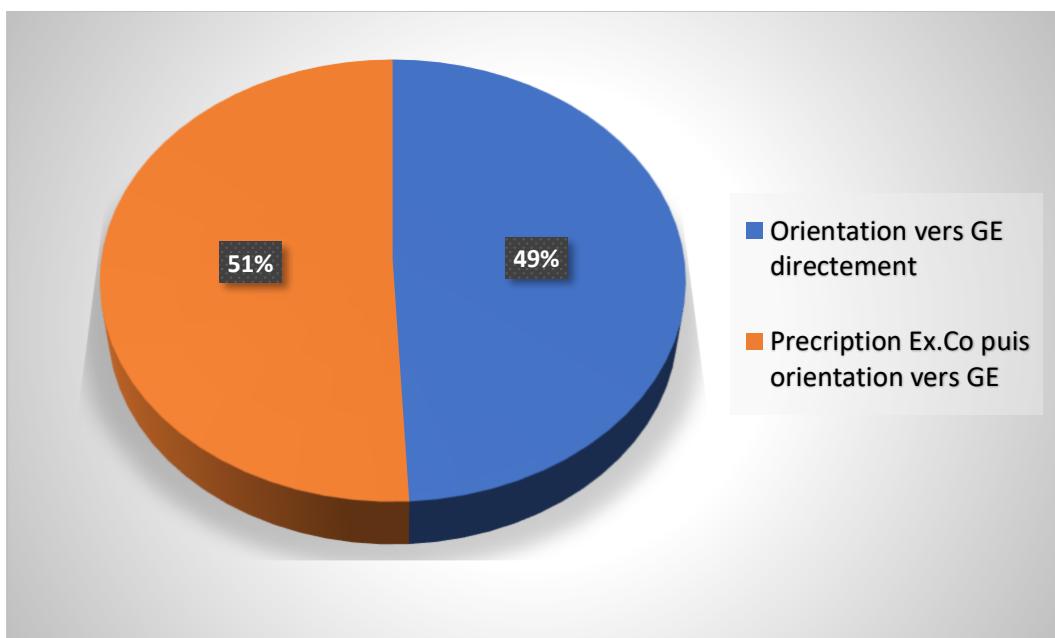


Figure 14 : Attitude des médecins généralistes devant une suspicion de diagnostic de MICI.

Sur l'ensemble des médecins interrogés, 30 médecins orientent directement vers un spécialiste gastro-entérologue sans prescrire d'examens complémentaires auparavant

(49%) versus 31 médecins qui commencent d'abord la prise en charge diagnostique avant d'orienter par la suite vers un spécialiste gastro-entérologue (51%).

Il a été également analysé si cette attitude pouvait être différente en fonction du sexe du médecin.

2. SELON LE SEXE DU MEDECIN GENERALISTE

	Orientation vers un gastro-entérologue directement	Demandes d'examens complémentaires puis orientation vers un gastro-entérologue
Femme	15	13
Homme	15	19

Tableau 15 : *Influence du sexe du médecin généraliste sur l'orientation du patient devant un diagnostic suspecté de MICI.*

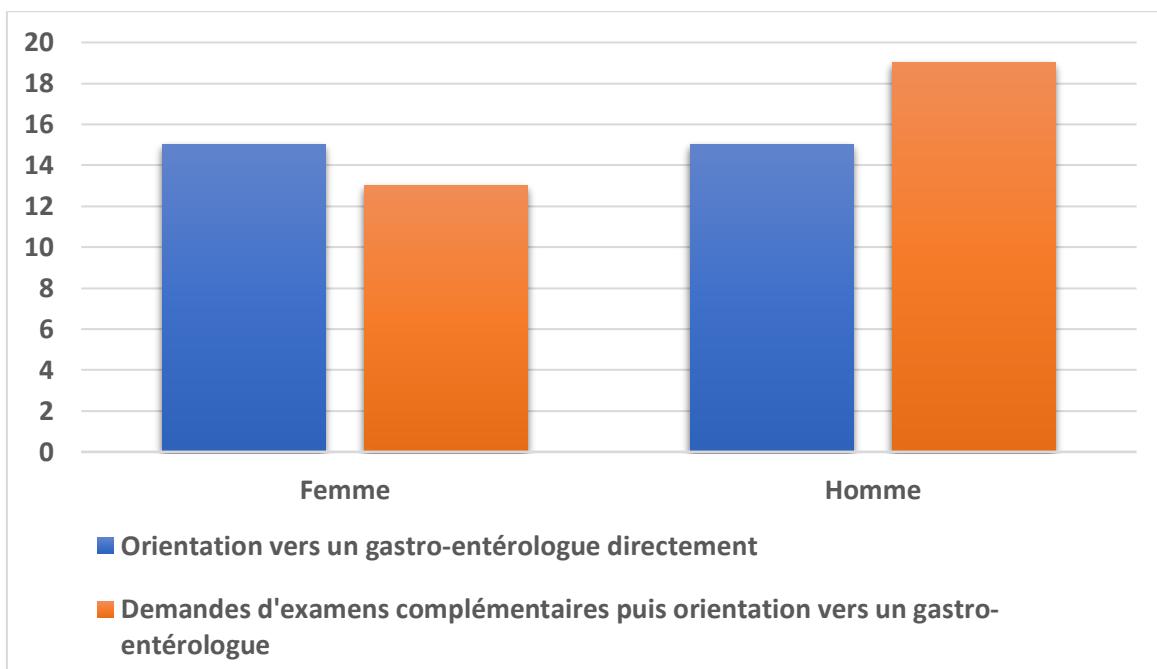


Figure 15 : *Influence du sexe du médecin généraliste sur l'orientation du patient devant un diagnostic suspecté de MICI.*

Aucune différence significative sur l'orientation du patient devant une suspicion de MICI n'a été mise en évidence en fonction du sexe du médecin :

Chi2 = 0,5495 avec p-value = 0,45852 > 0,05.

3. SELON L'AGE DU MEDECIN GENERALISTE

	Orientation vers un gastro-entérologue directement	Demandes d'examens complémentaires puis orientation vers un gastro-entérologue
< 40 ans	5	12
40 - 49 ans	7	5
50 - 59 ans	11	7
> 60 ans	7	7

Tableau 16 : Influence de l'âge du médecin généraliste sur l'orientation du patient devant un diagnostic suspecté de MICI.

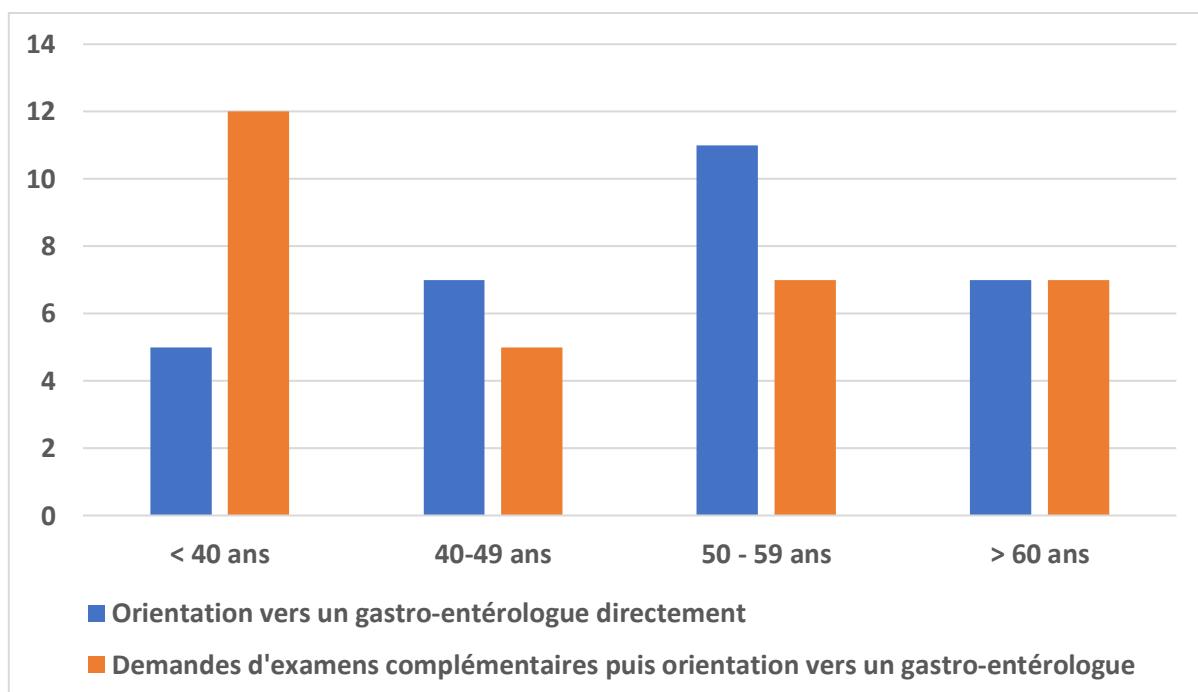


Figure 16 : Influence de l'âge du médecin généraliste sur l'orientation du patient devant un diagnostic suspecté de MICI.

On constate que les médecins âgés de moins de 40 ans préfèrent demander dans un premier temps des examens complémentaires puis orienter ensuite vers un gastro-entérologue.

A l'inverse, les 40-49 ans et 50-59 ans orientent directement de préférence vers un spécialiste gastro-entérologue pour la majorité d'entre eux.

Cependant, aucune de ces constatations n'a pu être significative (Chi 2 = 4,089 avec p-value = 0,25198 > 0,05).

B. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES MICI

	OUI	NON
Diagnostic initial	84%	16%
Éducation - Information du patient	85%	15%
Gestion et suivi des traitements	79%	21%
Surveillance au long cours de la maladie	87%	13%

Tableau 17 : Domaines de prise en charge des MICI où le médecin généraliste joue un rôle selon les médecins répondants.

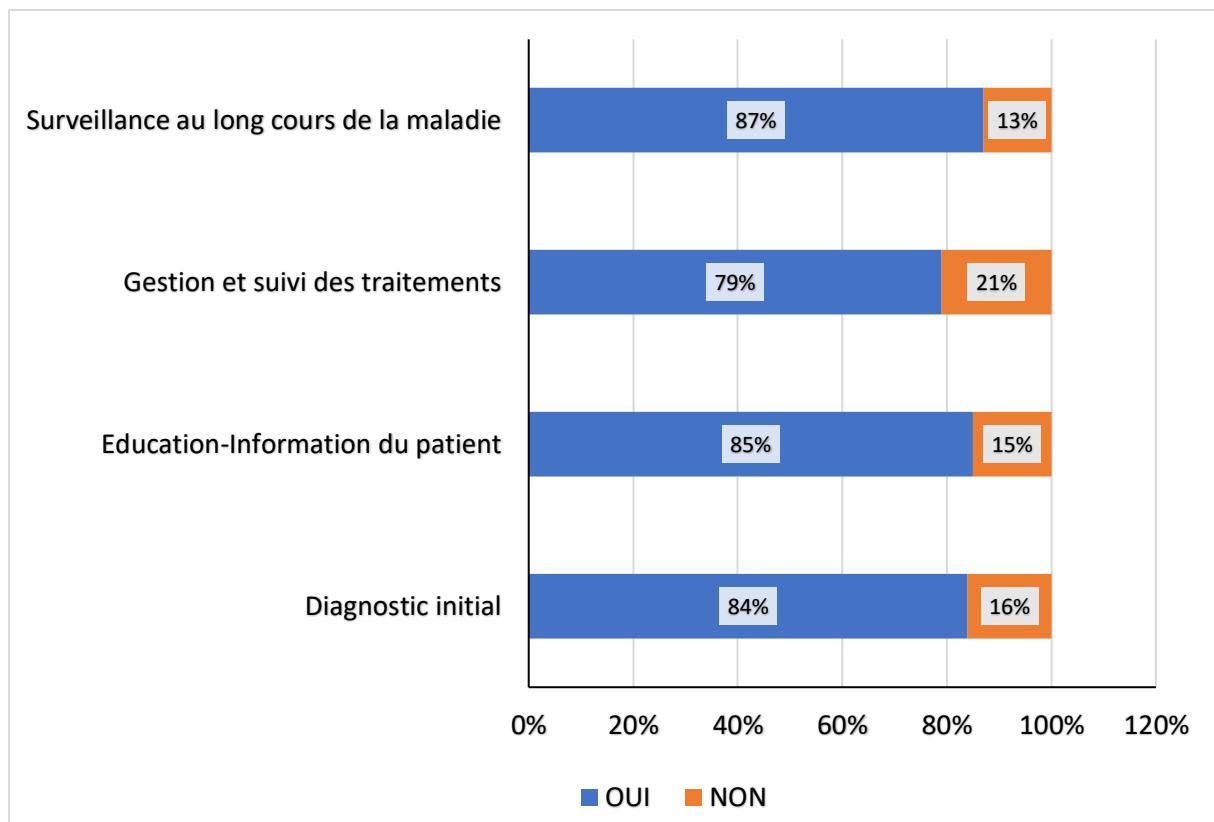


Figure 17 : Domaines de prise en charge des MICI où le médecin généraliste joue un rôle selon les médecins répondants.

Les médecins ont également été interrogés sur le rôle du médecin généraliste selon eux dans la prise en charge des MICI. Il a été mis en évidence que pour la plupart des médecins interrogés, le médecin généraliste occupe une place centrale dans la prise en charge des MICI sur le plan du diagnostic initial (pour 84% d'entre eux), de la gestion et du suivi des thérapeutiques (pour 79%) ainsi que dans l'éducation thérapeutique du patient (pour 85%) et la surveillance au long cours de sa maladie (pour 87%).

Au total, la plupart des médecins généralistes s'accordaient donc à placer le médecin généraliste au centre de la prise en charge globale de la maladie.

C. ATTITUDE DEVANT UNE POUSSEE AIGUE

	OUI	NON
Vérification de l'absence de complications justifiant une hospitalisation	60	1
Orientation vers le spécialiste gastro-entérologue référent directement	34	27
Orientation vers un service d'urgences hospitalières	7	54
Prescription d'un bilan sanguin et d'une coproculture à la recherche d'une surinfection à Clostridium Difficile puis orientation vers le gastro-entérologue référent	36	25

Tableau 18 : Attitude des médecins généralistes interrogés devant une poussée aiguë.

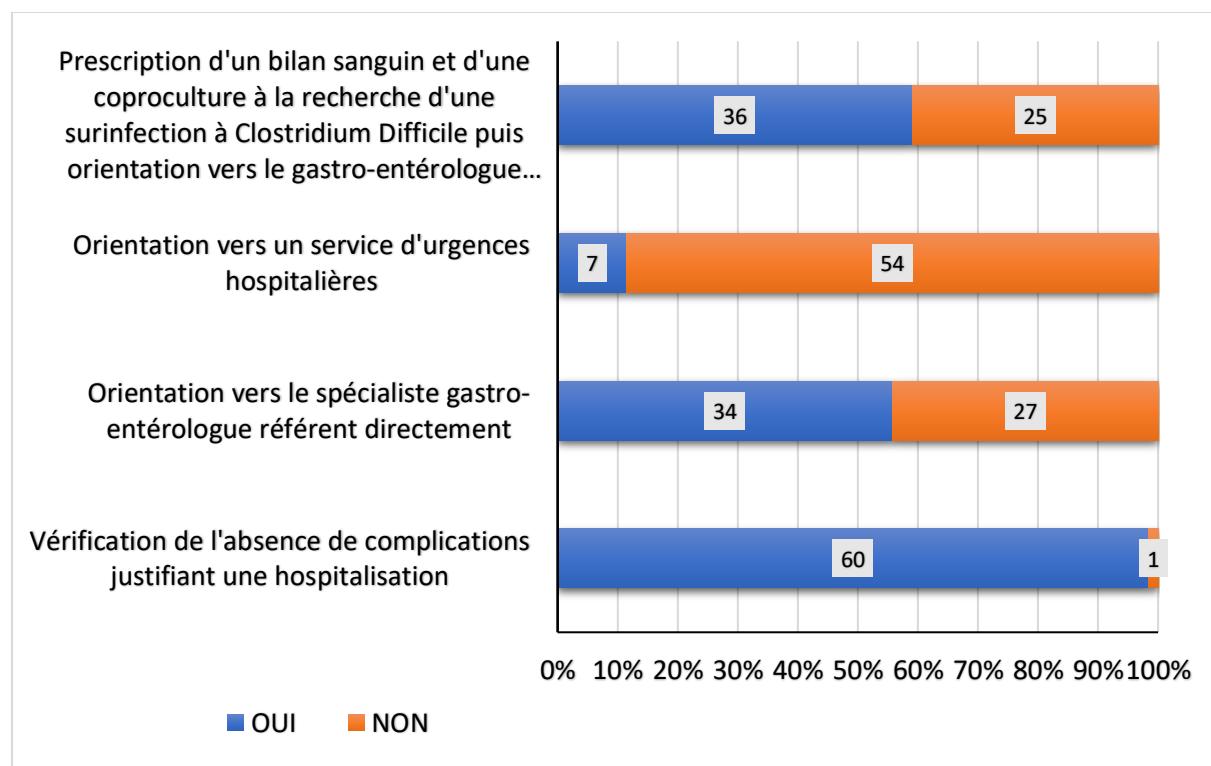


Figure 18 : Attitude des médecins généralistes interrogés devant une poussée aiguë.

Concernant l'attitude des médecins interrogés devant un patient venant consulter en cabinet qui présente les critères d'une poussée aiguë, si pratiquement tous les médecins vérifient l'absence de complications pouvant justifier d'une hospitalisation, plus de la moitié orientent directement ce patient vers un gastro-entérologue référent sans prescrire de bilan sanguin ni de coproculture au préalable.

36 des médecins répondants prescrivent d'abord un bilan sanguin ainsi qu'une coproculture à la recherche d'une surinfection à Clostridium Difficile puis orientent dans un second temps vers un spécialiste gastro-entérologue.

Une minorité de médecins (6) orientent ce patient directement vers le service des urgences hospitalières.

D. MOTIFS DE CONSULTATION DES PATIENTS ATTEINTS DE MICI CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE

	OUI	NON
La suspicion de poussée	47	14
La gestion et le suivi des traitements	49	12
Le retentissement psychosociologique de la maladie	47	14
Les pathologies intercurrentes uniquement	42	19

Tableau 19 : Motifs de consultation au cabinet des patients atteints de MICI parmi les médecins interrogés.

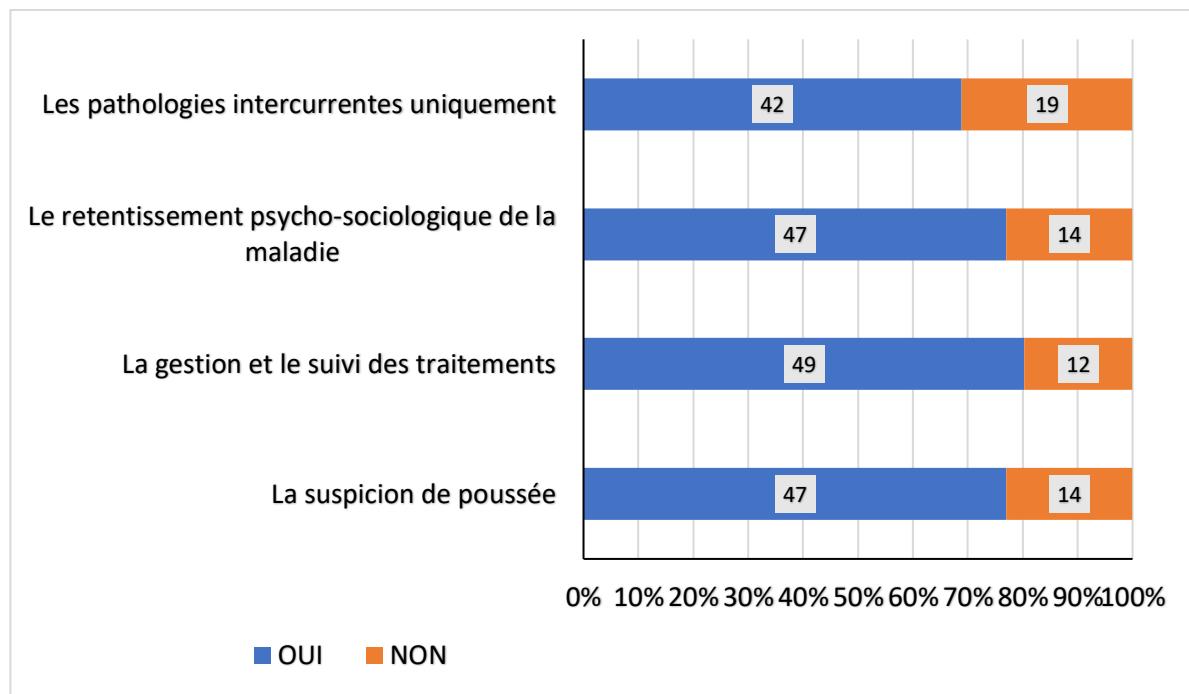


Figure 19 : Motifs de consultation au cabinet des patients atteints de MCI parmi les médecins interrogés.

Sur les 61 médecins répondants, 47 médecins ont des patients atteints de MCI qui viennent les consulter concernant le retentissement psychosociologique de la maladie, 49 médecins concernant la gestion et le suivi des traitements et 47 médecins en cas de poussée aiguë.

Seuls 19 médecins ont déclaré que les patients atteints de MCI ne venaient les consulter qu'en cas de pathologies intercurrentes.

III. RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES FACE A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE MICI

A. SENTIMENT DE CONFIANCE DES MEDECINS GENERALISTES DURANT LA PRISE EN CHARGE DES MICI

	OUI	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON
Le diagnostic des MICI	14	37	10	0
La gestion et suivi des traitements	7	41	13	0
La prise en charge des poussées aiguës	8	33	20	0
La prise en charge des complications des MICI	4	21	33	3
La prise en charge psychologique des patients	14	36	10	1

Tableau 20 : Ressenti des médecins généralistes interrogés face à la prise en charge des patients atteints de MICI.

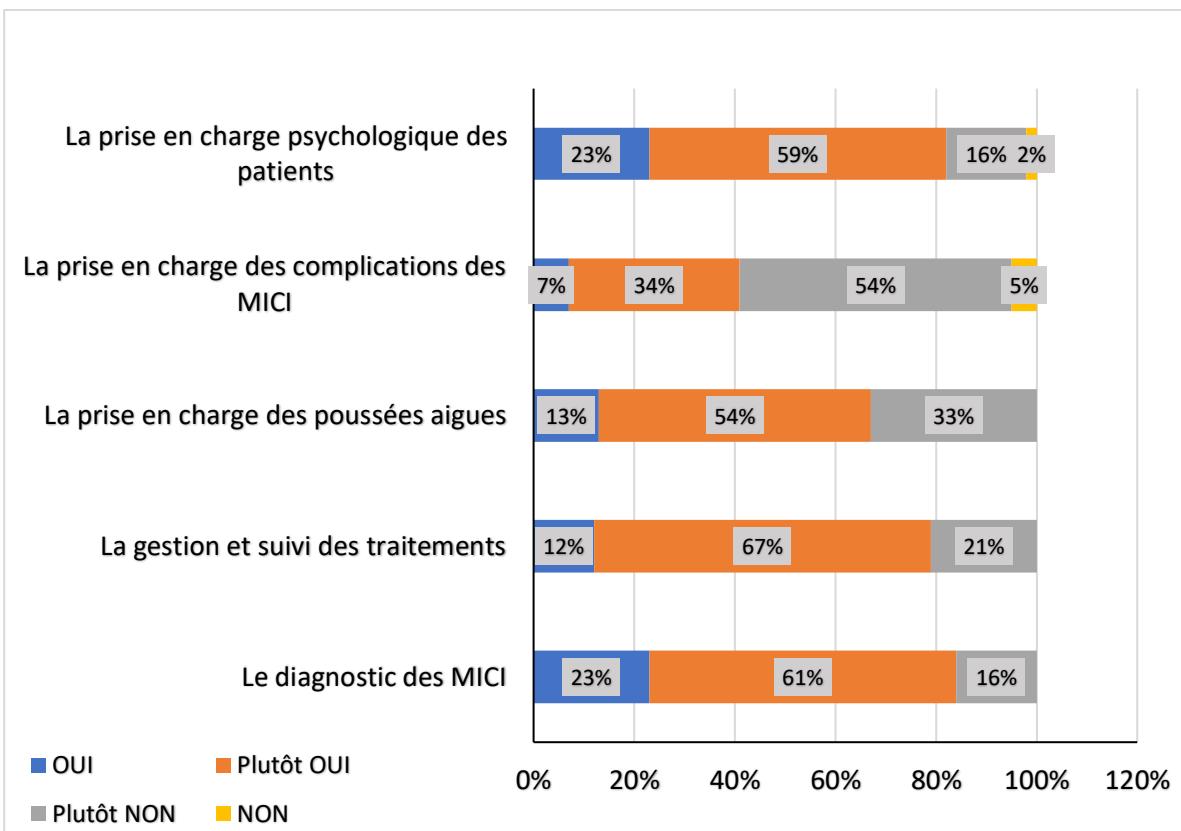


Figure 20 : Ressenti des médecins généralistes interrogés face à la prise en charge des patients atteints de MCI.

Cet item ne visait pas à interroger le médecin sur son expérience professionnelle. Il s'agissait surtout d'une interrogation émotionnelle sur le ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge de patients atteints de MCI.

La majorité des médecins interrogés se disent « à l'aise » (oui et plutôt oui) avec le diagnostic de MCI (84%), la gestion et le suivi des thérapeutiques (79%) et la prise en charge du retentissement psychologique de la maladie (82%).

Les résultats sont plus nuancés concernant la prise en charge des poussées aiguës où 33% des médecins se déclarent « non à l'aise » mais également la prise en charge des complications des MCI : 59% se déclarent « plutôt non ou non à l'aise ».

B. RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES FACE AUX MICI SUIVANT LEUR FORMATION OU NON DPC

1. MEDECINS GENERALISTES A L'AISE AVEC LE DIAGNOSTIC

	OUI	Plutôt oui	Plutôt non	NON
MG avec formation DPC	2	3	0	0
MG sans formation DPC	12	34	10	0

Tableau 21 : Ressenti des médecins généralistes avec le diagnostic de MICI suivant leur formation DPC.

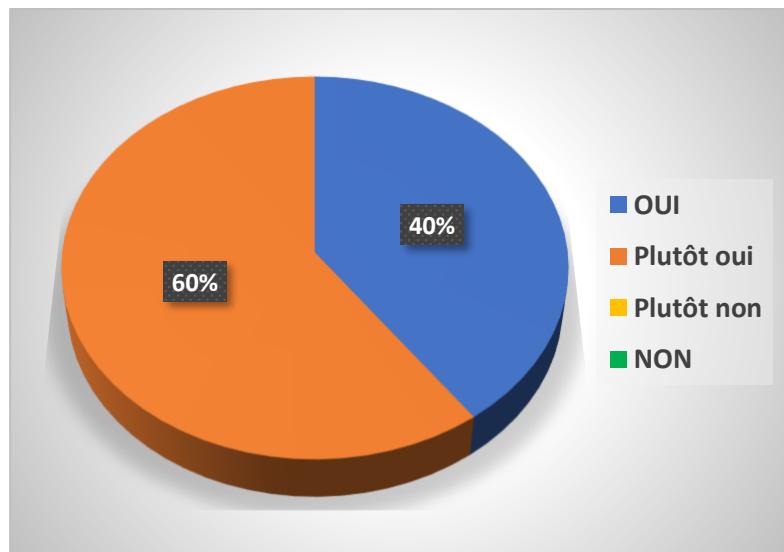


Figure 21 : Ressenti des médecins généralistes ayant suivi une formation DPC avec le diagnostic de MICI.

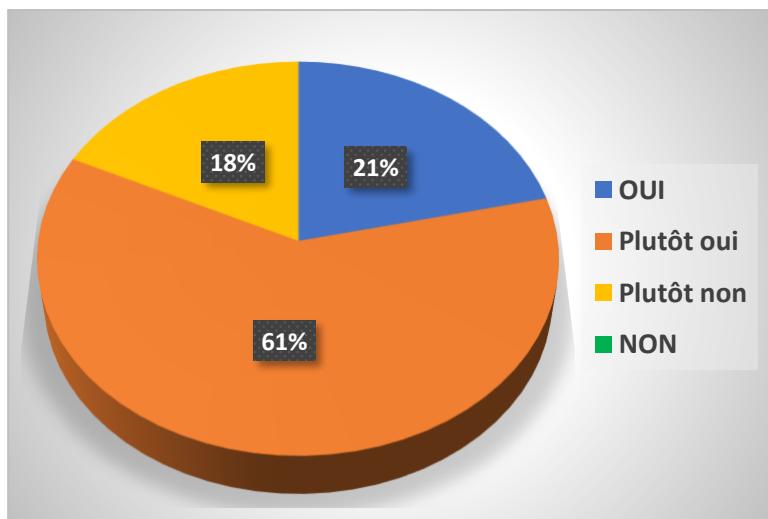


Figure 22 : Ressenti des médecins généralistes sans formation DPC avec le diagnostic de MCI.

Si 100% des médecins ayant suivi une formation DPC sur les MCI se disent « à l'aise ou plutôt à l'aise » avec le diagnostic, seuls 82% des médecins sans formation DPC ont le même ressenti. Parmi ces derniers, 18% se déclarent plutôt « non à l'aise ». D'après le test de Fisher, la p -value = $0,66 > 0,05$, on ne peut pas conclure qu'il existe de différence significative sur le ressenti par rapport au diagnostic, que le médecin ait suivi ou non une formation DPC.

2. MEDECINS GENERALISTES A L'AISE AVEC LA GESTION ET LE SUIVI DES TRAITEMENTS

	OUI	Plutôt oui	Plutôt non	NON
MG avec formation DPC	1	4	0	0
MG sans formation DPC	6	37	13	0

Tableau 22 : Ressenti des médecins généralistes avec le diagnostic de MCI suivant leur formation DPC.

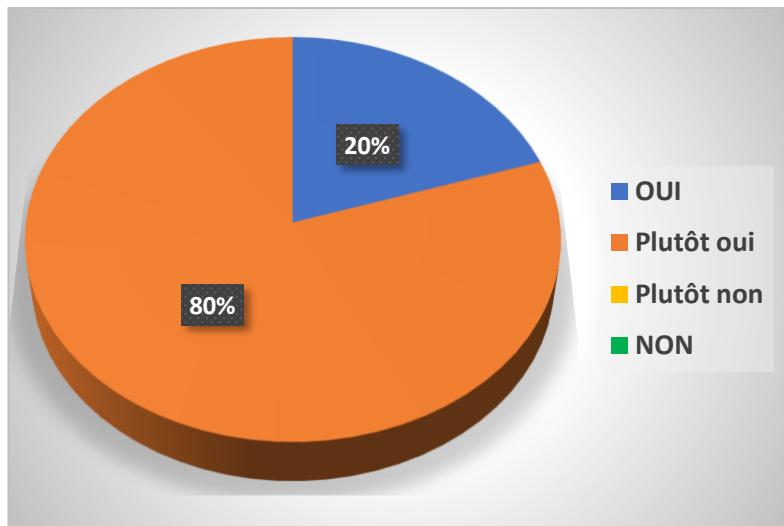


Figure 23 : Ressenti des médecins généralistes ayant suivi une formation DPC avec la gestion et le suivi des traitements.

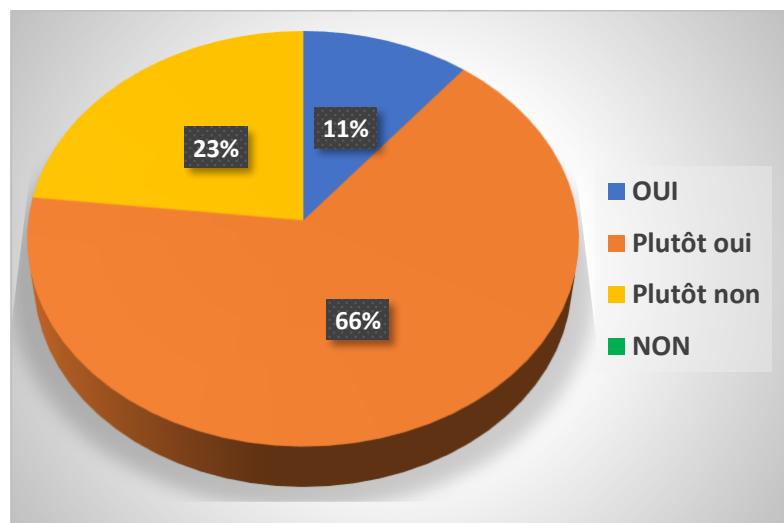


Figure 24 : Ressenti des médecins généralistes sans formation DPC avec la gestion et le suivi des traitements.

Constat identique concernant la gestion et le suivi des traitements : si 100% des médecins formés se sentent « à l'aise ou plutôt à l'aise », 89% chez les non formés avec 11% de « plutôt non à l'aise » avec la prise en charge thérapeutique des MCI. Là aussi, d'après le test de Fisher, la p -value = $0,35 > 0,05$, on ne peut pas conclure à une différence significative entre les médecins formés et non formés sur leur ressenti par rapport aux thérapeutiques, même si une tendance se dégage.

3. MEDECINS GENERALISTES A L'AISE AVEC LA PRISE EN CHARGE DES POUSSÉES AIGUES

	OUI	Plutôt oui	Plutôt non	NON
MG avec formation DPC	2	2	1	0
MG sans formation DPC	6	31	19	0

Tableau 23 : Ressenti des médecins généralistes avec la prise en charge des poussées aiguës suivant leur formation DPC.

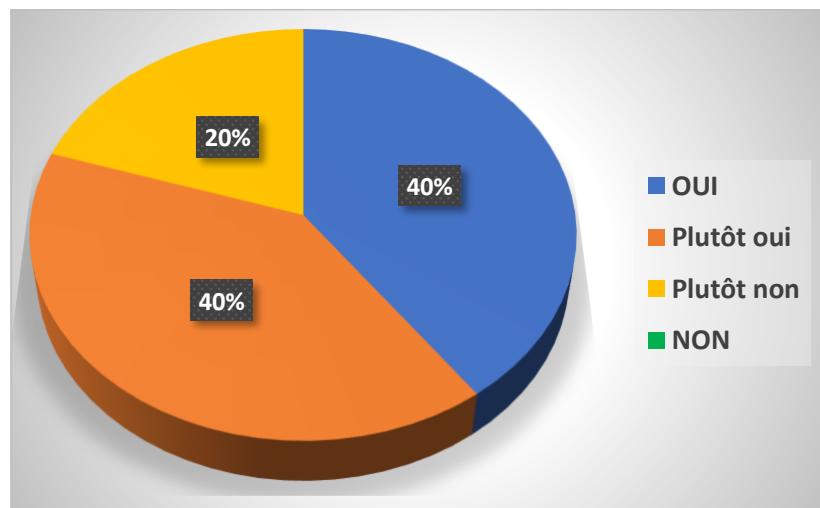


Figure 25 : Ressenti des médecins généralistes ayant suivi une formation DPC avec la prise en charge des poussées aiguës.

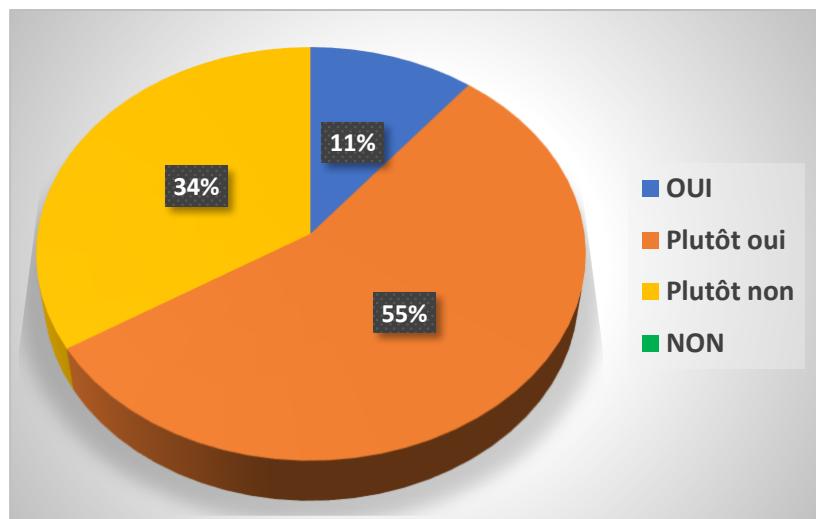


Figure 26 : Ressenti des médecins généralistes sans formation DPC avec la prise en charge des poussées aiguës.

Les résultats sont cette fois-ci plus contrastés. Toutefois, 80% des médecins formés se disent « à l'aise ou plutôt à l'aise » avec la prise en charge des poussées et 20% « plutôt non à l'aise » versus 66% de « à l'aise ou plutôt à l'aise » chez les médecins sans formation DPC et 34% de plutôt « non à l'aise ».

Comme précédemment, les résultats non pas permis de conclure à une différence significative sur le ressenti des médecins face aux poussées aiguës suivant leur formation puisque d'après le test de Fisher, $p\text{-value} = 0,2 > 0,05$.

4. MEDECINS GENERALISTES A L'AISE AVEC LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS

	OUI	Plutôt oui	Plutôt non	NON
MG avec formation DPC	0	3	2	0
MG sans formation DPC	4	19	31	3

Tableau 24 : Ressenti des médecins généralistes avec la prise en charge des complications suivant leur formation DPC.

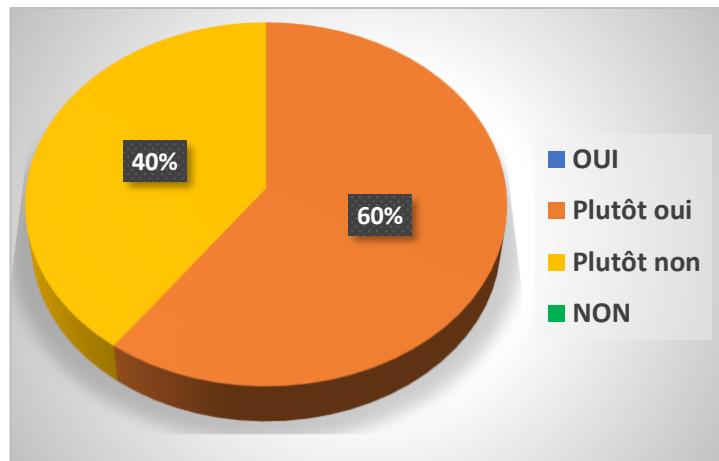


Figure 27 : Ressenti des médecins généralistes ayant suivi une formation DPC avec la prise en charge des complications.

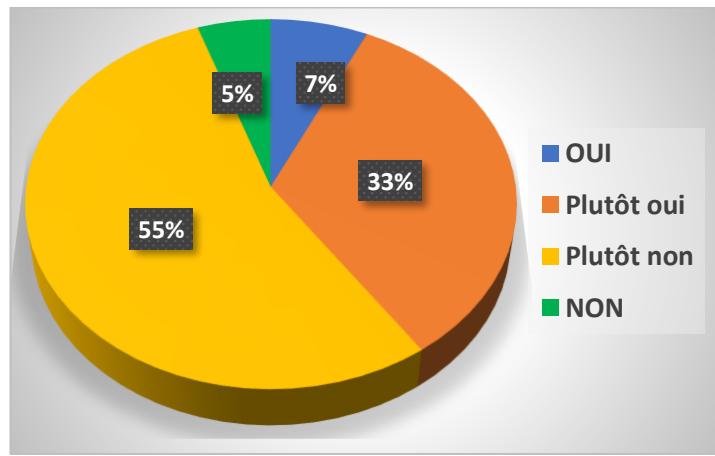


Figure 28 : Ressenti des médecins généralistes sans formation DPC avec la prise en charge des complications.

De manière claire, aucun médecin ayant suivi une formation DPC n'a déclaré ne « pas être à l'aise » avec la prise en charge des complications des MCI.

A l'opposé, chez les médecins sans formation complémentaire, 12% se disent « non à l'aise ou plutôt non à l'aise » avec les complications possibles.

Toutefois, le résultat n'a pas montré de significativité après application du test de Fisher puisque $p\text{-value} = 0,67 > 0,05$.

5. MEDECINS GENERALISTES A L'AISE AVEC LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES MICI

	OUI	Plutôt oui	Plutôt non	NON
MG avec formation DPC	4	1	0	0
MG sans formation DPC	10	35	10	1

Tableau 25 : Ressenti des médecins généralistes avec la prise en charge psychologique des MICI suivant leur formation DPC.

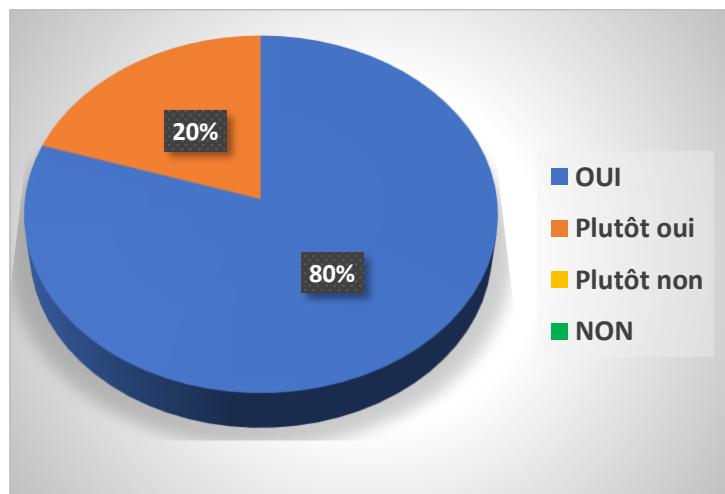


Figure 29 : Ressenti des médecins généralistes ayant suivi une formation DPC avec la prise en charge psychologique des MICI.

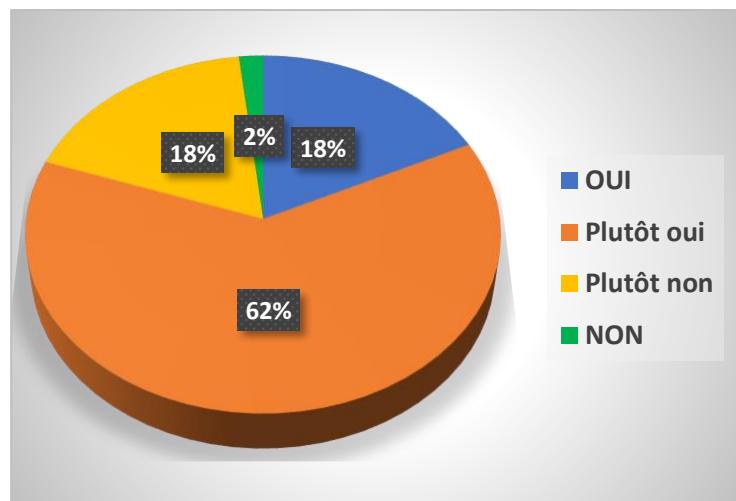


Figure 30 : Ressenti des médecins généralistes sans formation DPC avec la prise en charge psychologique des MCI.

Le résultat est encore plus probant que précédemment. Tous les médecins généralistes ayant reçu une formation complémentaire DPC sur le thème des MCI se disent « à l'aise ou plutôt à l'aise » avec le retentissement psychologique des MCI et sa prise en charge alors que 20% des médecins sans formation supplémentaire se décrivent comme « non à l'aise ou plutôt non à l'aise » avec cette facette de la maladie.

D'après le test de Fisher, $p\text{-value} = 0,033$ donc $p < 0,05$: on peut donc conclure qu'il existe une différence significative dans le ressenti des médecins généralistes concernant la prise en charge psychologique des MCI entre les médecins avec formation DPC et ceux sans formation.

Les médecins ayant suivi une formation DPC sont plus à l'aise, selon leur propre ressenti, avec la prise en charge de l'aspect psychologique des MCI que les médecins non formés.

C. RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES EN FONCTION DU NOMBRE DE PATIENTS ATTEINTS D'UNE MICI DANS LEUR PATIENTELE

Afin de faciliter l'étude des résultats, un système de points a été attribué en fonction du sentiment « d'être à l'aise ou non » :

- OUI = + 1 point
- Plutôt oui = + 0,5 point
- Plutôt non = - 0,5 point
- NON = - 1 point

Chaque analyse précédente (diagnostic initial, thérapeutiques, poussées aiguës, complications, aspect psychologique) est ensuite additionnée pour obtenir un résultat somme.

Les extrêmes pouvaient donc être entre 5 points et - 5 points :

- OUI = de 5 à 2,6 points
- Plutôt oui = de 2,5 à 0,1 points
- Plutôt non = de 0 à - 2,5 points
- NON = de - 2,6 à - 5 points

		RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES			
		5 à 2,6 points	2,5 à 0,1 points	0 à -2,5 points	-2,6 à -5 points
Nombre de patients atteints de MICI dans patientèle	OUI à l'aise	Plutôt oui à l'aise	Plutôt non à l'aise	NON à l'aise	
	< 5 patients	4	16	9	1
	5-9 patients	6	12	1	0
	10-15 patients	2	10	1	0
	> 15 patients	0	2	1	0

Tableau 26 : Ressenti des médecins généralistes avec la prise en charge des MICI suivant le nombre de patients atteints dans leur patientèle.

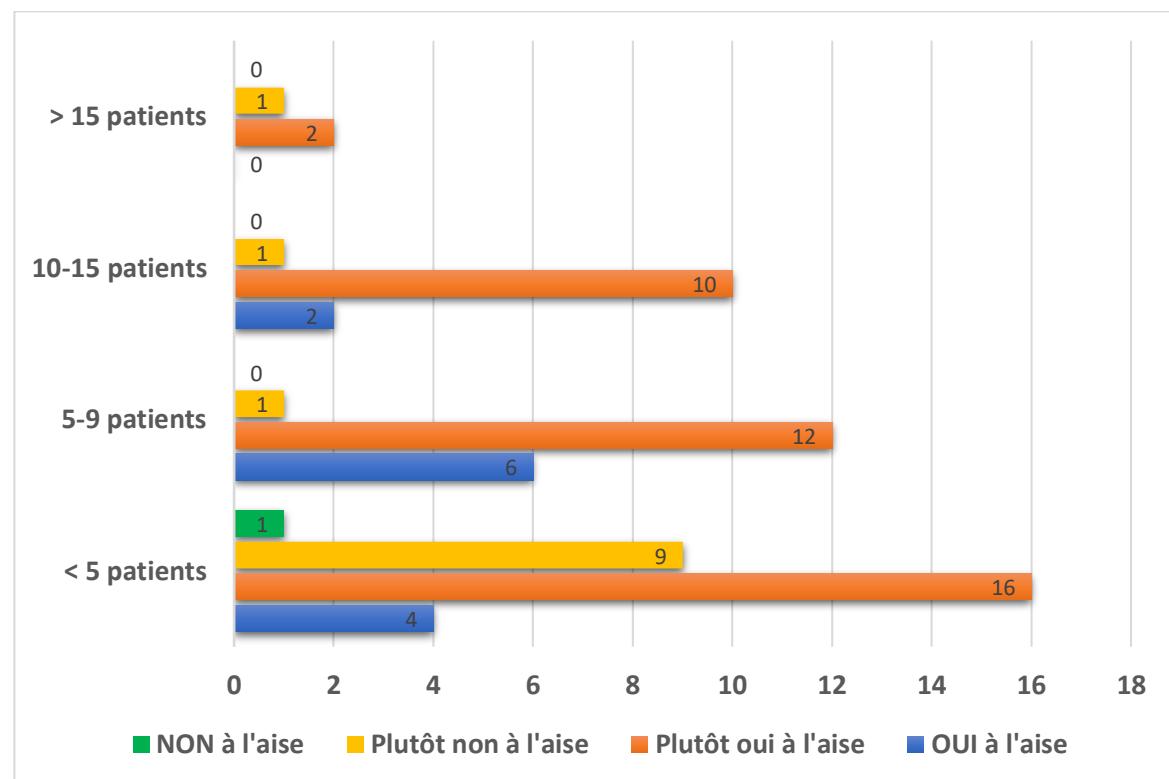


Figure 31 : Ressenti des médecins généralistes avec la prise en charge des MICI suivant le nombre de patients atteints dans leur patientèle.

Comme on peut le constater, il n'y a pas de différence sur le ressenti du médecin généraliste face aux MICI en fonction du nombre de patients atteints de MICI dans sa patientèle.

En effet, d'après le test de Fisher, $p\text{-value} = 0.2537 > 0.05$ donc aucune significativité entre le nombre de patients suivis et le sentiment d'être à l'aise avec les MICI dans leur globalité.

D. INFLUENCE DU RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA CONDUITE TENUE LORS D'UNE SUSPICION DE MICI

	OUI à l'aise	Plutôt oui à l'aise	Plutôt non à l'aise	NON à l'aise
Orientation vers un gastro-entérologue directement	5	17	7	0
Demandes d'examens complémentaires puis orientation vers le gastro-entérologue	9	18	4	0

Tableau 27 : Influence sur la conduite tenue lors de la suspicion d'une MICI et le ressenti des médecins généralistes face au diagnostic.

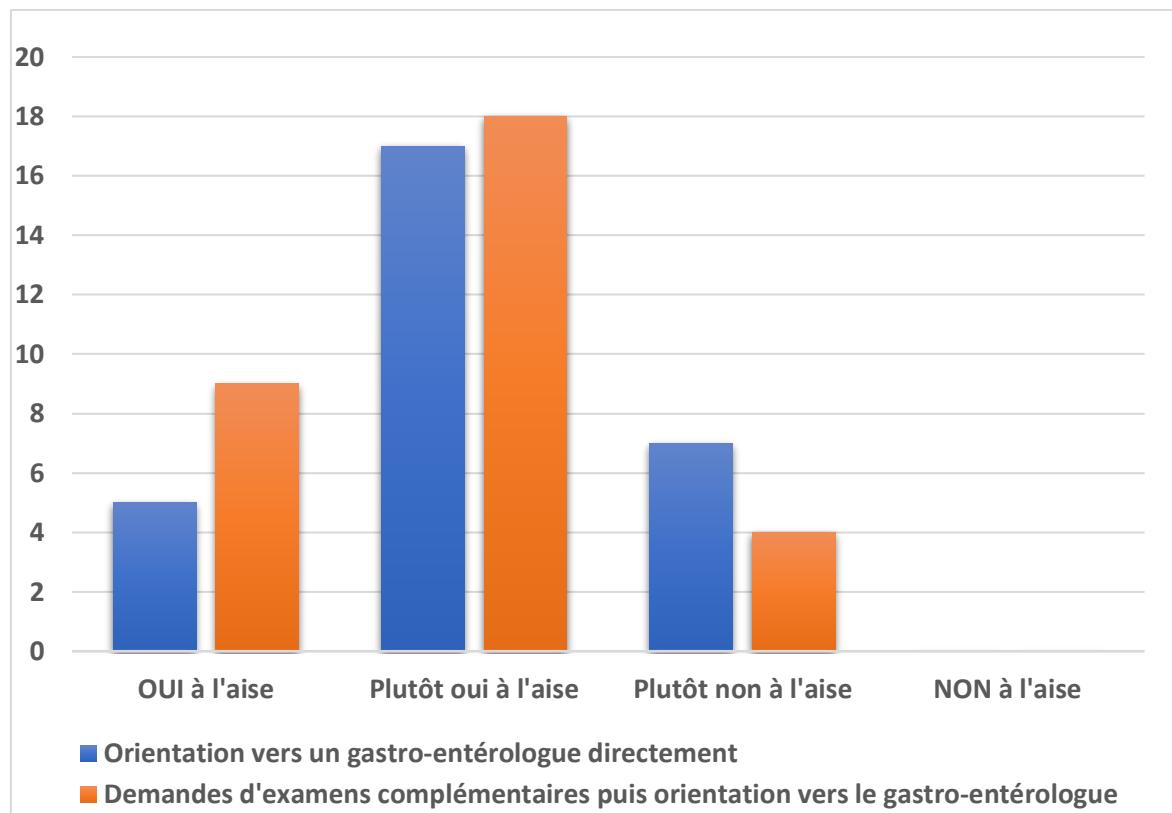


Figure 32 : Influence sur la conduite tenue lors de la suspicion d'une MICI et le ressenti des médecins généralistes face au diagnostic.

On peut constater qu'il n'existe pas de différence significative entre la conduite tenue par les médecins se déclarant « à l'aise ou plutôt à l'aise » et les autres quant à l'orientation directe ou non vers un spécialiste gastro-entérologue dès qu'est évoqué un possible diagnostic de MICI.

Selon le test de Fisher, $p\text{-value} = 0.399922 > 0.05$, excluant la possibilité d'une significativité.

IV. RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES VIS-A-VIS DE LA COMMUNICATION AVEC LES SPECIALISTES GASTRO-ENTEROLOGUES ET LE MILIEU HOSPITALIER

A. ATTENTE DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE MICI PAR LES GASTRO-ENTEROLOGUES

	OUI	NON
Initiation des traitements à la découverte d'une MICI	61	0
Modification des traitements en cas de rechute	58	3
Possibilité d'avoir un interlocuteur en cas de questions concernant un traitement spécifique des MICI	59	1

Tableau 28 : Attente des médecins généralistes interrogés envers les gastro-entérologues sur le plan de la prise en charge thérapeutique des MICI.

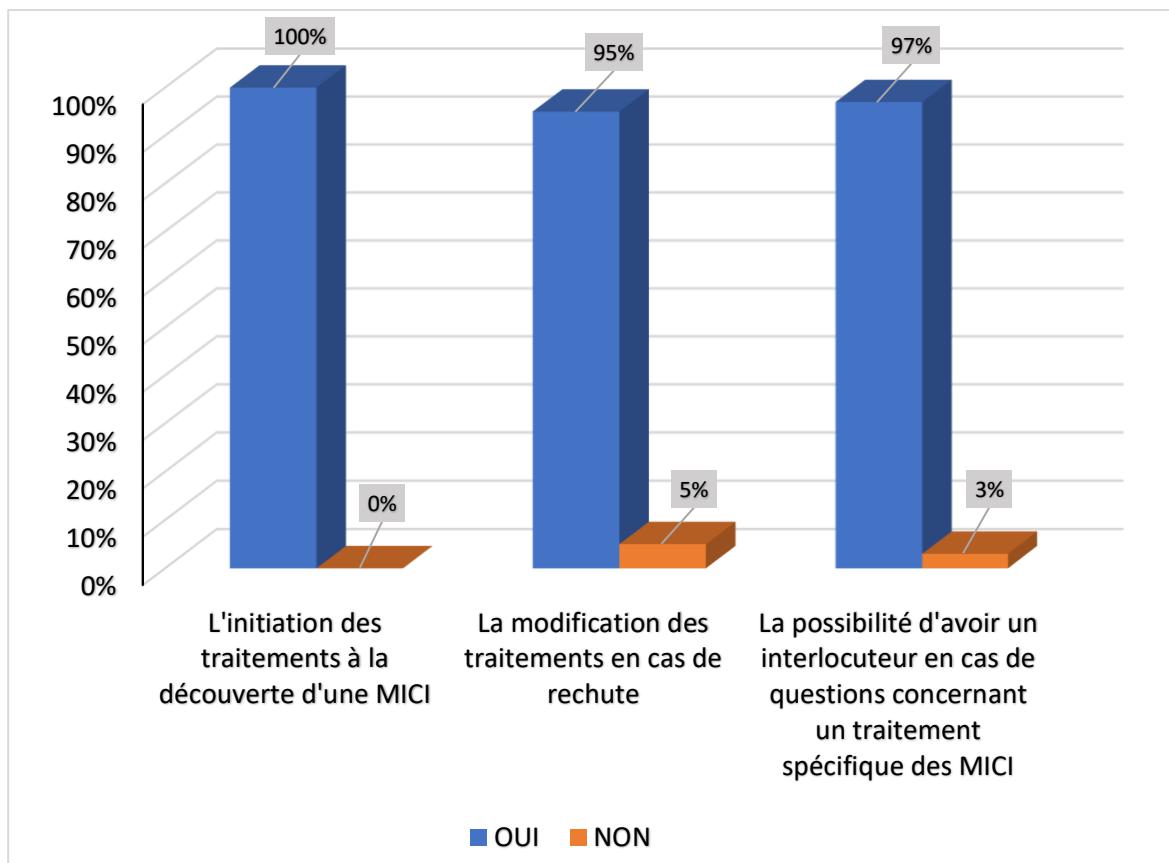


Figure 33 : Attente des médecins généralistes interrogés envers les gastro-entérologues sur le plan de la prise en charge thérapeutique des MCI.

La question a permis de montrer l'attente des médecins généralistes envers les gastro-entérologues : sans équivoque, initier un traitement au moment du diagnostic de MCI pour 100% des médecins répondants.

Avoir un interlocuteur en cas de questions concernant notamment un traitement spécifique des MCI pour 97% d'entre eux et gérer la modification des traitements en cas de rechute pour 95%.

Les réponses à cette question prouvent bien le rôle central d'une relation de confiance et d'entraide entre le médecin généraliste et le gastro-entérologue référent.

B. CIRCULATION DE L'INFORMATION ENTRE L'HOPITAL ET LA VILLE VUE PAR LES MEDECINS GENERALISTES

	Très bonne	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise
Nombre de MG	3	44	13	1
% de MG	5%	72%	21%	2%

Tableau 29 : Circulation de l'information entre l'hôpital et la ville jugée par les médecins généralistes interrogés.

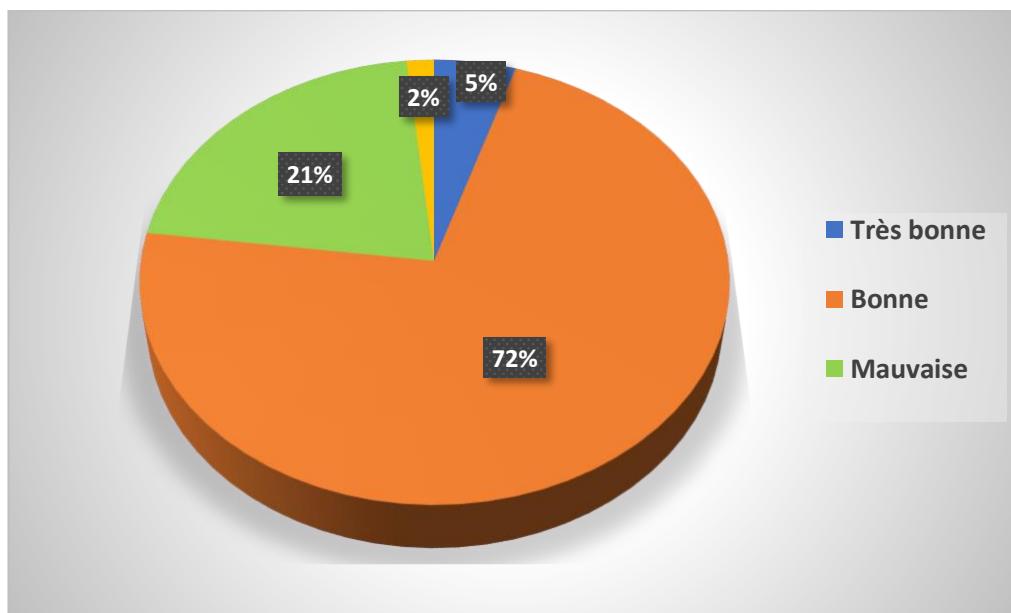


Figure 34 : Circulation de l'information entre l'hôpital et la ville jugée par les médecins généralistes interrogés.

La circulation de l'information entre l'hôpital et la ville était jugée « bonne » par 72% des médecins (44) et « très bonne » pour 5% (3).

Donc plus des ¾ des médecins interrogés trouvaient que la circulation de l'information se faisait correctement entre l'hôpital et la ville.

C. RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES SUR LEURS RAPPORTS AVEC LES SPECIALISTES GASTRO-ENTEROLOGUES

	Très bonne	Bonne	Mauvaise	Très mauvaise
Nombre de MG	24	32	4	1
% de MG	39%	52%	7%	2%

Tableau 30 : Ressenti des médecins généralistes sur leurs rapports avec les spécialistes gastro-entérologues.

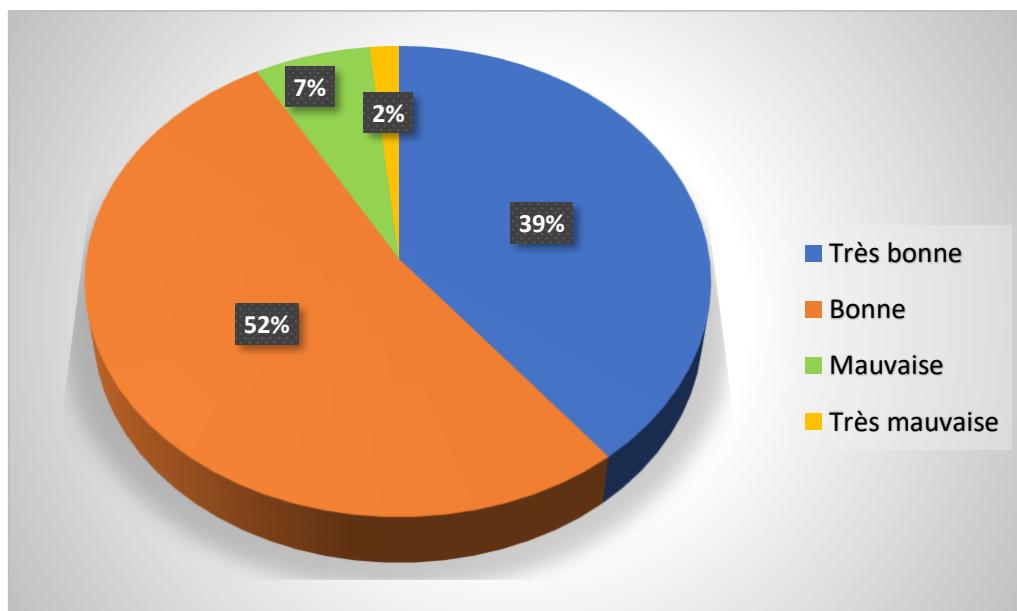


Figure 35 : Ressenti des médecins généralistes sur leurs rapports avec les spécialistes gastro-entérologues.

Même constat concernant les rapports avec les spécialistes gastro-entérologues : plus de $\frac{3}{4}$ des médecins généralistes interrogés (91% soit 56) rapportaient de bons, voire de très bons rapports avec les gastro-entérologues. 52% des médecins (soit 32) jugeaient « bonne » et 39% (soit 24) « très bonne » leurs relations avec les gastro-entérologues.

V. CONTRAINTES DE LA PRATIQUE QUOTIDIENNE RESSENTIES PAR LES MEDECINS GENERALISTES LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS D'UNE MICI

	Nombre de MG	% de MG
Difficulté de coordination des soins dans la prise en charge pluridisciplinaire (ville, hôpital, spécialiste)	31	51%
Nécessité de gérer des situations lourdes en ambulatoire	29	48%
Manque de formation dans ce domaine spécialisé	18	30%
Aucune contrainte	3	5%

Tableau 36 : Ressenti des médecins généralistes sur les contraintes de la pratique quotidienne lors de la prise en charge des MICI.

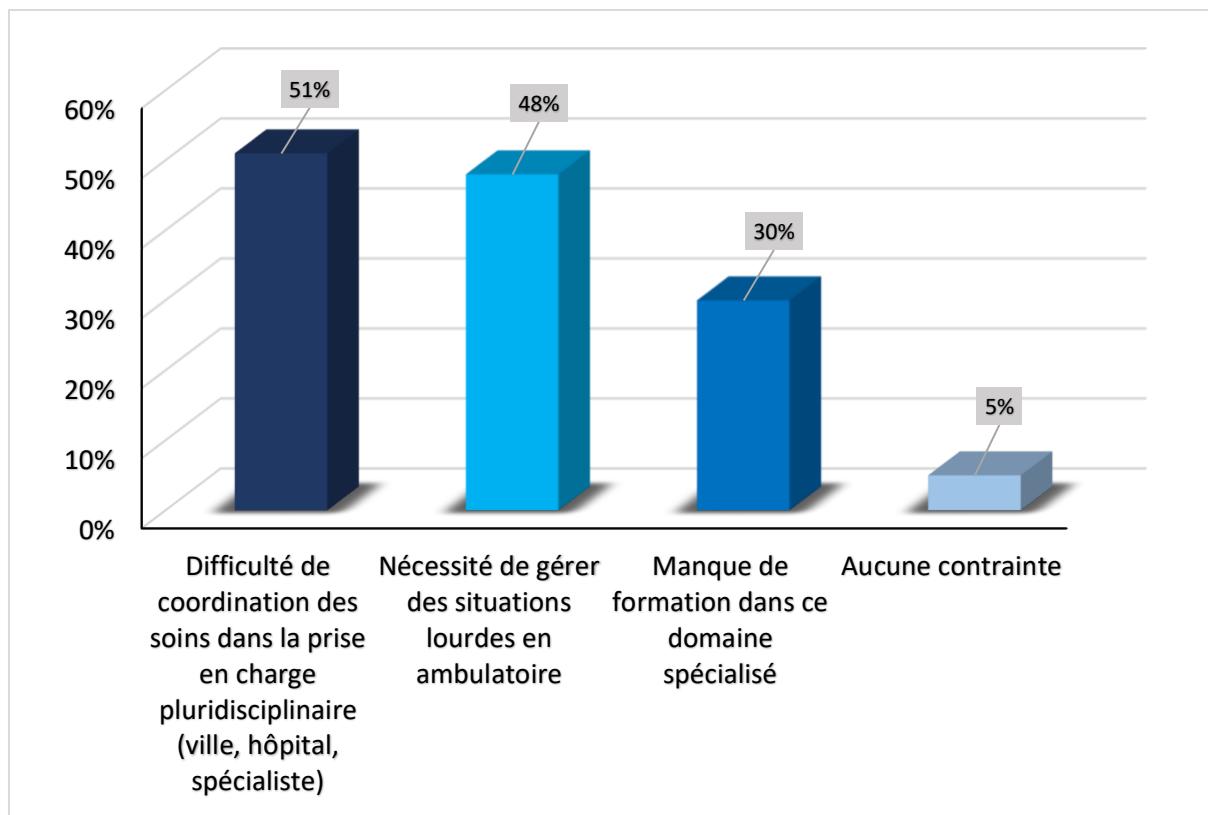


Figure 37 : Ressenti des médecins généralistes sur les contraintes de la pratique quotidienne lors de la prise en charge des MCI.

31 médecins, soit plus de la moitié (51%), ont rapporté des difficultés dans la coordination des soins dans la prise en charge pluridisciplinaire alors que leurs relations avec les gastro-entérologues étaient jugées bonnes dans plus de ¾ des cas.

Ils étaient également 29 médecins (soit 48%) à ressentir des difficultés dans la gestion de situations lourdes en ambulatoire, en cabinet médical.

18 médecins (soit 30%) ressentaient un manque de formation dans ce domaine spécialisé des MCI.

Seule une minorité, 5%, soit 3 médecins généralistes n'éprouvaient aucune contrainte dans leur pratique quotidienne.

VI. COMMENTAIRES LIBRES

A la fin du questionnaire, les médecins interrogés avaient la possibilité de formuler un commentaire libre concernant le sujet. Seuls 3 des 61 médecins ayant répondu à notre questionnaire ont laissé un commentaire :

- « En médecine, on ne fait que ce que l'on sait faire »,
- « Contrairement à d'autres spécialités à Marseille nous ne manquons pas d'HGE et ils sont très facilement joignables »,
- « Une MICI n'est jamais une MICI toute seule. Les patients ne sont pas des maladies. C'est pourquoi, on a plus besoin que jamais des généralistes, mais malheureusement ça n'existe pas ! Et s'il y en a on les tue ».

DISCUSSION

I. CRITERES DE REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON

A. SELON LE SEXE, L'AGE, LA TRANCHE D'AGE

Selon les recueils du dernier rapport 2017 de la démographie médicale, publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la région Provence-Alpes-Côte-D'azur compte 7533 médecins généralistes dont 3144 pour le département des Bouches du Rhône⁽⁴⁵⁾.

Parmi les 3144 médecins généralistes du département des Bouches-du-Rhône, 52% sont de sexe masculin et 48% de sexe féminin. La moyenne d'âge est estimée à 52 ans.

CARACTERISTIQUES	MEDECINS GENERALISTES EXERÇANT DANS LE DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHÔNE	ÉCHANTILLON DE 61 MEDECINS
Sexe : - Hommes - Femmes	52% 48%	56% 44%
Moyenne d'âge :	52 ans	50 ans
Tranches d'âge : - % < 40 ans - % > 60 ans	15% 29%	28% 23%

Tableau 32 : Comparaison de la démographie médicale dans les Bouches-du-Rhône, publiée par le Conseil national de l'Ordre des médecins en 2017, et les données épidémiologiques de notre échantillon.

Notre échantillon est donc légèrement plus jeune (50 ans vs 52 ans) et également représenté par plus de médecins de sexe masculin (56% vs 52%).

B. SELON LEUR MODE D'EXERCICE

D'après les dernières données, datant de 2017, concernant la démographie médicale dans le département des Bouches-du-Rhône (CNOM), 66% des médecins généralistes exerçaient en libéral ou mixte, 34% en salarial⁽⁴⁵⁾.

Or, dans notre étude, les médecins exerçant en libéral sont surreprésentés, soit 90.8% contre 66% selon les dernières données de démographie médicale. Notre travail ne permet pas de dire si ces écarts sont dus à l'évolution de la population depuis 2017, au hasard ou à un biais d'échantillonnage.

MODE D'EXERCICE	MEDECINS GENERALISTES EXERÇANT DANS LE DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHÔNE	ÉCHANTILLON DE 61 MEDECINS
LIBERAL	66%	90,8%
SALARIAL	34%	9,2%

Tableau 33 : Comparaison entre le mode d'exercice des médecins généralistes dans le département des Bouches-du-Rhône, publié par le Conseil national de l'Ordre des médecins en 2017, et notre échantillon.

C. SELON LE NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS POUR MICI PARMI LA PATIENTELE

Dans plus de 40% des cas, la patientèle des médecins interrogés était constituée de moins de 5 patients atteints de MICI (26 médecins soit 43%), puis de 5 à 9 patients (19 médecins soit 31%) et de 10 à 15 patients (14 médecins soit 23%). Seuls 2 médecins avaient plus de 15 patients atteints d'une MICI dans leur patientèle (3%).

II. L'ELABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été volontairement synthétique afin qu'il ne soit pas trop long à remplir pour les médecins généralistes, moins de 5 minutes sont nécessaires pour y répondre. Aussi, nous nous sommes intéressés à un état des lieux global de la prise en charge des MICI ressentie par les médecins généralistes et non pas à une étude détaillée.

Nous avons avant tout posé des questions de nature quantitative plus que qualitative afin de faciliter les réponses et leur analyse par la suite.

Le questionnaire ne semble pas avoir posé de problème dans sa formulation puisqu'aucun des médecins généralistes ne m'a contactée (coordonnées transmises lors de l'envoi du questionnaire), pour avoir des informations complémentaires ou des précisions. Cependant, pour éviter tout biais dans les réponses au questionnaire, une définition préalable des termes utilisés (exemples : DPC, « poussée aiguë ») aurait pu être faite afin de s'assurer d'une complète compréhension.

Bien entendu, une des limites de ce questionnaire est qu'il s'agit dans plusieurs items d'un avis subjectif de chaque médecin sur lui-même : une auto-évaluation (ressenti, sentiment).

Les réponses ont été uniquement obtenues par voie électronique, créant un biais de sélection. En tous cas, les retours de courriels sont survenus à chaque fois dans les 15 jours suivant l'envoi, en décroissance exponentielle.

III. LES LIMITES DE L'ENQUETE

A. TAUX DE PARTICIPATION

Une étude a été réalisée par le CMGF de Nice afin de savoir s'il existait des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale. E. Morice et E. Leroyer ont réalisé une enquête autour des médecins généralistes ayant participé à des thèses soutenues à Caen entre 1988 et 2008. Il a été montré que le taux de participation des médecins généralistes dans les thèses était dépendant de la taille de l'enquête, du sujet, du réseau local, d'une rémunération, de la période de l'année et du type de recueil de données ⁽⁴⁶⁾.

Dans notre enquête, le taux de réponse a été de 22%, avec un système de 2 relances. Comme pour toute enquête de cette nature, seuls les médecins intéressés par le sujet d'étude répondent. Pour éviter ce biais, il aurait fallu réaliser une enquête dirigée, par contact direct, avec randomisation de médecins généralistes sur une liste exhaustive pour un recueil de réponse immédiate.

Par ailleurs, la période durant laquelle le questionnaire a été envoyé a pu être propice à ce faible taux de réponse, s'agissant des vacances de Toussaint et de Noël, périodes de congés annuels.

En dehors de ce sujet précis d'étude, on souligne souvent la problématique de la recherche en médecine générale. En effet, le faible taux de réponse montre la difficulté de mobilisation des médecins généralistes. Cela pouvant s'expliquer peut-être par un nombre important de sollicitations, par un manque de temps, un manque de volonté d'implication ?

Ces quelques questions et bien d'autres méritent d'être soulevées, devant la nécessité d'acquérir des résultats propres à la spécialité de médecine générale et l'évolution de la pratique selon l'Evidence Based Medicine (EBM).

B. BIAIS DE RECRUTEMENT

1. CHOIX DU DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHÔNE

Le choix du département a été fait en raison du nombre plus important de médecins généralistes, en comparaison aux autres départements constituant la région PACA. Nous avons reçu un maximum de réponses de médecins généralistes exerçant en milieu citadin voire semi-rural mais très peu en milieu rural, pouvant conduire à un biais de sélection.

L'activité des médecins exerçant dans le département des Bouches-du-Rhône ne peut être représentative de la population globale des médecins généralistes. Le département des Bouches-du-Rhône est le département le plus peuplé en médecins généralistes de la région PACA (7533 en 2017 contre par exemple 511 en région Hautes-Alpes selon les données démographiques du Conseil National de l'Ordre des Médecins) ⁽⁴⁷⁾. Or, la distance cabinet médical / gastro-entérologue peut varier d'un département à l'autre selon la densité de gastro-entérologues sur le territoire.

2. CIRCULATION DE L'INFORMATION ENTRE LES SPECIALISTES GASTRO-ENTEROLOGUES ET LES MEDECINS DE VILLE

Ainsi, si dans notre étude la majorité des médecins généralistes interrogés jugent « bonne » voire « très bonne » la circulation de l'information avec les spécialistes gastro-entérologues, la plupart des études déjà réalisées retrouvent des difficultés de coopération entre spécialistes de médecine générale et autres spécialistes.

Ce qui est d'ailleurs confirmé dans le rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 19 Juin 2010. En effet, le chapitre 1 souligne ces difficultés.

Le même constat est fait sur la circulation de l'information entre la médecine de ville et la médecine hospitalière dans le Chapitre 3 du rapport ⁽⁴⁸⁾.

Nous pouvons donc nous interroger sur les résultats contraires révélés par notre étude. Cela peut s'expliquer en partie par la disparité géographique des médecins gastro-entérologues hépatologues, de même que pour les autres disciplines ⁽⁴⁹⁾. En effet, la région PACA compte à elle seule 297 gastro-entérologues hépatologues et s'élève ainsi au 3^{ème} rang des régions de France en termes d'effectifs, après la région Ile-de-France (793) et la région Auvergne-Rhône-Alpes (384), d'après les dernières données du Conseil National de l'Ordre des Médecins ⁽⁵⁰⁾.

Il s'agit donc d'une région plutôt bien pourvue en spécialistes gastro-entérologues, pouvant aider à une communication plus aisée avec les médecins généralistes.

C. METHODE D'ECHANTILLONNAGE : BIAIS DE SELECTION DES MEDECINS GENERALISTES

Les limites de l'enquête concernent notamment la méthode d'échantillonnage en elle-même. Il existe un biais de sélection dans la mesure où les médecins généralistes présélectionnés l'ont été car nous disposions de leur adresse électronique. A nuancer par le fait que de plus en plus de cabinets médicaux sont actuellement informatisés. Un deuxième biais de sélection était lié au fait que probablement seuls les médecins intéressés par le sujet ont répondu au questionnaire.

Cette méthode d'échantillonnage choisie reste donc imprécise, même si notre échantillon reste assez représentatif de la population des médecins généralistes du département, après comparaison avec les données épidémiologiques, publiées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2017, comme montré précédemment.

IV. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

A. ROLE THEORIQUE DU MEDECIN GENERALISTE : DEFINITIONS⁽⁵¹⁾

Des publications de la WONCA à la loi HPST en passant par les propositions du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), les rôles et fonctions du médecin généraliste ont été définis et publiés.

1. RECOMMANDATIONS DE L'OMS EUROPE 1998 ET DECLARATION D'ALMA ALTA 1978

La médecine générale a été définie comme « spécialité clinique orientée vers les soins primaires » selon les recommandations de l'OMS Europe 1998 et la Déclaration d'Alma Alta 1978.

Les soins primaires y sont décrits comme des prestations de soins de santé accessibles et intégrés, par des médecins qui ont la responsabilité de répondre à une grande majorité de besoins de santé individuels, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté.

2. CARRE DE WHITE⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾

Le carré de White revu par Green en 2001 faisait la même conclusion : la majorité des demandes médicales de la population concernait les soins de santé primaires.

Giet dans la Revue de la Médecine Générale en 2008, décrivait « la parfaite complémentarité de la première ligne de soins – soigner le plus grand nombre, pour des affections médicalement moins complexes avec un plateau technique et des coûts réduits- et les activités hospitalières – soigner une population sélectionnée et moins nombreuse en utilisant des moyens techniques sophistiqués nettement plus onéreux ».

3. WONCA EUROPE 2002

Confirmant la définition précédente de la médecine générale, la Société Européenne de Médecine Générale WONCA 2002, actualisée en 2005, décrit cette spécialité comme une pratique orientée vers les soins primaires. Elle élève la médecine générale au rang de spécialité médicale par la Loi n°2002-73 de modernisation sociale, article 60, du 17 janvier 2002⁽⁵⁴⁾.

LES CARACTERISTIQUES DE LA DISCIPLINE DE LA MEDECINE GENERALE

SELON LA WONCA EUROPE 2002 :

- La médecine générale est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé publique dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

4. CODE DE SANTE PUBLIQUE

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont définies par l'article L4130-1 du Code de Santé Publique, modifié par la loi n°2016-41 du 26 Janvier – art.68⁽⁵⁵⁾. Le médecin généraliste de premier recours possède 8 missions :

- 1°) Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;**
- 2°) Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;**
- 3°) S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ;**
- 4°) Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;**
- 5°) S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;**
- 5° bis) Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ;**
- 6°) Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;**
- 7°) Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;**
- 8°) Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.**

L'article L1411-11 du Code de la Santé Publique ⁽⁵⁶⁾ précise que « l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité.

Ces soins comprennent :

- 1°) La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2°) La dispensation et l'administration des médicaments ;
- 3°) L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4°) L'éducation pour la santé. »

Le texte précise de plus que « les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L.162-5-3 du Code la Sécurité Sociale ⁽⁵⁷⁾, ainsi que les maisons de santé, pôles de santé et centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours ».

5. ARRETE DU 3 FEVRIER 2005 PORTANT APPROBATION DE LA CONVENTION NATIONALE DES MEDECINS GENERALISTES ET DES MEDECINS SPECIALISTES ⁽⁵⁸⁾

ROLE DE PREVENTION

Trois niveaux de prévention y sont décrits :

- La prévention primaire : qui vise à éviter l'apparition d'une maladie et à réduire l'incidence de la maladie. Elle agit sur les facteurs de risque par l'éducation pour la santé.
- La prévention secondaire : qui vise à réduire la prévalence de la maladie (durée d'évolution). Elle repose sur le diagnostic précoce de la maladie grâce au dépistage.

- La prévention tertiaire : qui vise à limiter les conséquences et les séquelles de la maladie, et de prévenir les récidives. Elle tente de limiter les incapacités et les handicaps secondaires à une pathologie aiguë ou chronique.

Les médecins généralistes sont par leur relation de proximité avec leurs patients au cœur de la prévention en matière de santé. Face à une maladie chronique, ils jouent un rôle dans l'éducation thérapeutique en identifiant les besoins, en aidant à l'adoption de nouveaux comportements, en facilitant l'acceptation pour améliorer la qualité de vie.

B. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE SELON LES MEDECINS INTERROGES

La majorité des médecins généralistes interrogés étaient d'accord pour dire que le médecin généraliste occupe un rôle essentiel dans le diagnostic des MCI (84%), l'éducation et l'information du patient sur sa maladie (85%), la gestion et le suivi des traitements (79%), la surveillance au long cours de la maladie (87%).

Ces réponses confirment bien le rôle théorique du médecin généraliste développé ci-dessus : un rôle pivot, central à la fois dans la prise en charge des soins primaires, dans la coordination des soins mais également dans l'établissement d'une relation de confiance avec le patient, face à une maladie chronique complexe.

Une différence a également été mise en évidence scindant en deux groupes les médecins interrogés concernant l'orientation du patient devant une suspicion de diagnostic de MCI : si 51% demandent d'abord des examens complémentaires avant d'orienter le patient vers un spécialiste gastro-entérologue, 49% adressent ce même patient directement sans bilan préalable.

Il aurait été intéressant d'interroger ces médecins sur les raisons les conduisant à ne pas prescrire au préalable d'examens afin de limiter les retards de prise en charge : manque de connaissance dans ce domaine ? Sentiment que cela relève du spécialiste gastro-entérologue ?

Même si le résultat n'a pas été significatif, une tendance est à noter : les médecins âgés de moins de 40 ans demandent en priorité des examens complémentaires, à la différence des 40-49 ans et 50-59 ans : formation médicale initiale différente ?

V. DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MEDECINS GENERALISTES

A. MANQUE DE FORMATION

D'après notre étude, la prise en charge des patients atteints d'une MICI en médecine générale semble en partie entravée par une formation insuffisante des médecins dans ce domaine.

Si l'ensemble des médecins soulignent le rôle central qu'ils occupent dans les différentes étapes de la prise en charge, ceux-ci ne se sentent pas forcément à l'aise avec la prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique.

Pourtant, plus de 75% des médecins déclarent que les patients porteurs de MICI consultent pour la gestion et le suivi de traitements, la suspicion d'une poussée aiguë ou encore le retentissement psychologique de la maladie.

En revanche, la majorité des médecins ayant suivi une formation DPC dans le domaine des MICI se sont déclarés « à l'aise ou plutôt à l'aise » avec le diagnostic (100% vs 82% pour les non formés), la gestion et le suivi des traitements (100% vs 89%), la prise en charge des poussées aiguës (80% vs 66%), la prise en charge des complications (60% vs 40%) et la prise en charge psychologique des patients (100% vs 80%).

Tout comme cela avait été retrouvé dans la revue de la littérature, l'un des problèmes principaux apparaît donc être la formation des médecins généralistes⁽⁵⁹⁾. Outre l'apprentissage des manifestations cliniques-extra-cliniques et des complications des MICI, il faudrait ajouter à cela l'apprentissage de l'accompagnement du patient, les traitements possibles ainsi que leurs éventuels effets secondaires.

Il faudrait renforcer les quelques initiatives de formation continue, notamment dans le cadre du DPC, à destination des équipes pluridisciplinaires concernant particulièrement les nouvelles modalités de traitements.

Cependant, il faut bien reconnaître que les médecins généralistes doivent être formés dans de nombreux domaines et doivent finalement tout connaître sur toutes les pathologies. Ceci n'est donc pas évident.

Par ailleurs, il faut nuancer ces propos, car les résultats obtenus chez les médecins ayant reçu une formation ont également révélé que ceux-ci ressentaient des difficultés lors de la prise en charge des poussées aiguës et des complications. Il convient de se demander si la formation reçue par ces médecins était ou non adaptée à leurs attentes.

De plus, la médecine générale est très vaste, la question se pose donc de l'intérêt réel d'une formation dans un domaine aussi spécialisé que les MICI qui touchent plus de 200 000 personnes en France ? Et si intérêt il y a, quelles doivent être les connaissances indispensables dans ce domaine ? Cela ne semble pas être clairement établi pour le moment.

B. CONTRAINTES LIEES AUX SOINS PRIMAIRES

Les médecins généralistes se sentent souvent démunis face à l'utilisation croissante de ces nouveaux médicaments, leur gestion n'étant pas ou très peu abordée lors de leur formation initiale. La manipulation de ces nouvelles thérapeutiques reste difficile pour un médecin isolé.

Selon le rapport de l'Académie Nationale de Médecine sur la prise en charge des maladies chroniques datant de 2016, les nombreux obstacles rencontrés par le médecin généraliste seraient à l'origine de retards diagnostiques⁽⁵⁹⁾.

Un contexte pluri-professionnel apparaît nécessaire au vu de la complexité de ces pathologies. Cependant, celui-ci doit faire face le plus souvent à un manque de temps, parfois un isolement, un manque de moyens, alors que l'approche de pathologies complexes exige suffisamment de disponibilité et un recours à des compétences multiples au sein d'un réseau de soins coordonné.

En effet, ce constat a été fait dans l'étude, réalisée par Balcou-Debussche et al., où les médecins ont été interrogés sur les raisons pour lesquelles ils ne souhaitaient pas suivre de formation en éducation pour la santé ou en éducation thérapeutique. 57,8% évoquaient un manque de temps, argument encore plus invoqué chez les médecins âgés de 40 ans ou moins (74,2%). La plupart de ces mêmes médecins opteraient pour des formations courtes, posant du coup la question de l'efficacité et du bénéfice réel de ces formations⁽⁶⁰⁾.

La non observance des patients est essentiellement due à une inadéquation de la place du médecin généraliste dans le parcours de soins. Le médecin généraliste éprouve souvent des difficultés : dans le suivi du patient en ambulatoire, dans une coordination compliquée avec les autres médecins spécialistes et le milieu hospitalier.

Des solutions sont soulignées dans plusieurs rapports : les réseaux de santé, l'éducation thérapeutique du patient.

VI. SOLUTIONS ?

A. LES RESEAUX DE SANTE

Créés dans les années 1980, les réseaux de santé ont bien évolué depuis. Actuellement, il s'agit de réseaux assurant une coordination des soins pour la prise en charge de pathologies chroniques complexes.

Selon la définition donnée par le Code de Santé Publique en 2003, les objectifs des réseaux de santé sont : "favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations »⁽⁶¹⁾.

Les différents professionnels : médicaux (libéraux, hospitaliers) et paramédicaux, coordonnent leurs actions afin d'assurer une prise en charge globale et optimale du patient.

B. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE^{(62) (63)}

1. DEFINITION

L'éducation thérapeutique (ETP) occupe une place centrale dans l'observance thérapeutique et l'acceptation de la maladie, faisant partie intégrante de la prise en charge de toutes les maladies chroniques, comme le rappel le rapport Bachelot⁽⁶²⁾.

Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique a pour objectif d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». L'acquisition de connaissances sur leur pathologie a pour but d'améliorer l'efficacité, la tolérance et ainsi potentiellement de pouvoir mieux contrôler l'évolution de leur maladie.

D'un point de vue purement légal, les recommandations d'exercice de l'ETP en France ont été établies à partir de recommandations élaborées par l'HAS, décrites dans un rapport de référence publié en 2007.

Ce rapport a été par la suite complété par l'article 84 de la loi HPST du 21 Juillet 2009⁽⁶⁴⁾ qui a inscrit pour la première fois le programme d'ETP dans le Code de Santé Publique, programme financé par l'ARS.

De nombreux programmes thérapeutiques ont été créés pour les pathologies chroniques telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires, montrant des résultats très satisfaisants. En revanche dans le domaine de l'hépato-gastro-entérologie, ces programmes s'adressaient plus particulièrement aux hépatites virales chroniques, qu'aux MICI sous-représentées.

Pourtant du fait de leur découverte parfois précoce dans la vie, de leur complexité, de la variabilité de leur évolution, des nombreuses thérapeutiques et des innovations, les MICI constituent un terrain idéal pour l'ETP.

Démontrée de nombreuses fois dans d'autres pathologies, une non-éducation des patients est source d'inobservance thérapeutique, d'augmentation du risque d'effets indésirables, d'augmentation de l'anxiété et donc source d'échec thérapeutique.

2. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE : PROGRAMMES DEVELOPPES EN REGION PACA

Un programme d'ETP a été développé en région PACA, conçu à partir d'un groupe de travail national coordonné par le GETAID (Groupe d'Étude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du tube Digestif). Celui-ci a pour objectif principal d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des patients porteurs de MICI, leur donnant les moyens de mieux connaître leur maladie et les thérapeutiques.

Cette formation comporte également l'utilisation d'un outil interactif (portfolio EDUMICI) et fait partie d'une étude scientifique nationale d'évaluation de l'impact de l'éducation.

Ce programme s'adresse aux patients de plus de 18 ans atteints de MICI récemment diagnostiqués (moins de 6 mois) ou étant à un tournant de leur prise en charge (ex : changement de traitement) ou encore ceux pris en charge à l'hôpital Nord en ambulatoire.

C. LES ASSOCIATIONS : EXEMPLE DE L'ASSOCIATION AFA

L'afa, association François Aupetit, a été créée en 1982, à l'initiative de Janine Aupetit, mère de François atteint de MICI. Cette association se consacre au soutien des malades et à la recherche sur les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin. L'afa organise de nombreuses actions : campagnes de communication, développement d'une application smartphone afaMICI, présence dans les congrès médicaux et les salons. Une ligne téléphonique a également été développée pour informer et soutenir les patients ainsi que leurs proches.

Une des dernières initiatives de l'association a eu lieu à l'hôpital Nord, centre référent pour les MICI, mercredi 13 Juin dernier : la visite du bus MICI&Moi. Une première édition en 2017 a déjà rencontré un grand succès, en se déroulant dans 10 villes.

Le bus MICI&Moi a pour objectif de créer un temps d'échanges et de rencontres autour d'interventions d'experts et de vidéos. Dédié aux MICI, il aide les patients à mieux connaître leur maladie améliorant ainsi leur quotidien.

CONCLUSION

Les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin, regroupant la Recto-Colite Hémorragique et la Maladie de Crohn, sont des maladies chroniques, complexes, évoluant par poussées, pouvant présenter à la fois des manifestations digestives et extra-digestives, faisant partie des Affections Longue Durée.

Des retards diagnostics ont souvent été mis en évidence du fait de cette complexité. Leur prise en charge diagnostique nécessite le recours à des examens biologiques, endoscopiques et d'imagerie spécifiques, selon des stratégies d'exploration.

La prise en charge thérapeutique repose quant à elle sur des traitements évoluant régulièrement (traitements immunosupresseurs, biothérapies). Ces nouveaux traitements ainsi que leurs possibles effets secondaires semblent de mieux en mieux appréhendés par les spécialistes gastro-entérologues.

Les médecins généralistes, quant à eux, ne semblent pas rompus à cet exercice, se décrivant même souvent « non à l'aise » dans la prise en charge de ces patients sur le plan du diagnostic initial, de l'éducation du patient, de la gestion et du suivi des traitements, de la surveillance au long cours de la maladie.

Or, le médecin généraliste occupe un rôle pivot, central à la fois dans la prise en charge des soins primaires, dans la coordination des soins mais également dans l'établissement d'une relation de confiance avec le patient.

Seule une organisation fondée sur l'inter-professionnalité et la mise en place de réseaux interdisciplinaires, permettra au médecin généraliste de rester le coordonnateur indispensable du parcours de soins. Il pourra ainsi, actualiser ses connaissances sur l'évolution exponentielle des progrès thérapeutiques grâce à ses contacts, au sein d'un réseau.

10/09/18
HOPITAL NORD
ASSISTANCE PUBLIQUE A MARSEILLE
13915 MARSEILLE CEDEX 20
13 0 78052 1
Pr M. BARTHET
N° ordre : 15534
RPPS : 10003907713
Service d'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Personnes prises en charge pour maladies inflammatoires chroniques intestinales en 2015. Assurance Maladie ; 2017 Mai.
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Maladies_inflammatoires_chroniques_intestinales_2015.pdf
2. Gower-Rousseau C. Épidémiologie des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin en France : apport du Registre EPIMAD. Lille Nord de France ; 2012.
<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00820631/document>
3. Vernier G, Cortot A, Gower-Rousseau C, Salomez J-L, Colombel J-F. Épidémiologie et facteurs de risque des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. 2005 ; 55:949.
4. Satsangi J, Parkes M, Louis E, Hashimoto L, Kato N, Welsh K, et al. Two stage genome-wide search in inflammatory bowel disease provides evidence for susceptibility loci on chromosomes 3, 7 and 12. *Nature Genetics*. Oct 1996 ; 14(2):199-202.
5. Rothfuss KS, Stange EF, Herrlinger KR. Extraintestinal manifestations and complications in inflammatory bowel diseases. *World Journal of Gastroenterology*. 2006 ; 12(30):4819.
6. Vavricka SR, Schoepfer A, Scharl M, Lakatos PL, Navarini A, Rogler G. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: Inflammatory Bowel Diseases. Août 2015 ; 21(8):1982-92.
7. Field MJ, Lohr KN, Institute of Medicine (U.S.), United States, editors. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, D.C: National Academy Press ; 1990. 160 p.

8. Loi n° 2004-810 du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie. Code de la sécurité sociale Août 17, 2014.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte>

9. Rectocolite hémorragique évolutive. Collège de la Haute Autorité de Santé ; 2008 Mai p.17.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/guide_medecin_rch_web.pdf

10. Maladie de Crohn. Collège de la Haute Autorité de Santé ; 2008 Mai p. 20.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/guide_medecin_crohn_web.pdf

11. Beaugerie L. Bilan au diagnostic de MICI. SNFGE - GETAID - CREGG; 2014 Févr.

<https://www.snfge.org/sites/default/files/recommandations/cp-bilan-au-diagnostic-de-mici-2014.pdf>

12. Lémann M. La protéine C-réactive (PCR) dans les MICI. Bulletin MICI [Internet]. Août 2005 ; Vol. VIII-supplément au n°4-.

<https://www.afa.asso.fr/article/archives/2005-1/200507-la-proteine-c-reactive-pcr-dans-les-mici.html>

13. Desreumaux P, Bourreille A, Colombel J-F. Physiopathologie des MICI : "Qu'en est-il des tests diagnostiques et prédictifs non invasifs ?". Gastroentérologie Clinique et Biologique. Mars 2003 ; 27:1S81-6.

14. Bouhnik Y, Bitoun A. [Endoscopy of chronic intestinal inflammatory diseases: basic semiology and usefulness for diagnosis]. Gastroenterol Clin Biol. Juin 1999 ; 23(5 Pt 2):B143-151.

15. Feakins RM. Inflammatory bowel disease biopsies: updated British Society of Gastroenterology reporting guidelines. *Journal of Clinical Pathology*. Déc 2013 ; 66(12):1005-26.
16. Heresbach D, Heresbach-Le Berre N, Ramée MP, Sémana G, Gosselin M, Bretagne JF. [Frequency and prognostic value of epithelioid granuloma in inflammatory bowel disease]. *Gastroenterol Clin Biol*. Déc 1999 ; 23(12):1376-87.
17. Gallix B, Aufort S. MICI : les examens du diagnostic et du suivi. *Journal de Radiologie*. 1 Oct 2009 ; 90(10):1365.
18. Portier F, Barthet M. Imagerie du tube digestif dans les MICI. FMC HGE présenté à : Les journées de formation continue ; 25ème édition.
http://www.fmchgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf/462_ppt.pdf
19. Pilleul F, Kamaoui I. Maladie de Crohn : quelle imagerie, quand, comment, nouveautés? 2009 ; 16:12.
20. van Rheenen PF, Van de Vijver E, Fidler V. Faecal calprotectin for screening of patients with suspected inflammatory bowel disease: diagnostic meta-analysis. *BMJ*. 15 Juill 2010 ; 341:c3369.
21. Marteau P, Seksik P, Beaugerie L, Bouhnik Y, Reimund J-M, Gambiez L, et al. Recommendations for clinical practice for the treatment of ulcerative colitis. *Gastroenterol Clin Biol*. Oct 2004 ; 28(10 Pt 2):955-60.
22. Mennecier D. Quels sont les traitements de la maladie de Crohn ? Hepatoweb. 2011.
<http://hepatoweb.com/Crohn-Traitements.php>
23. Mennecier D. Quels sont les traitements de la rectocolite hémorragique ? Hepatoweb. 2011.
<http://hepatoweb.com/Rectocolite-Hemorragique-traitements.php>

- 24.** Kirchgesner J, Lemaitre M, Rudnichi A, Racine A, Zureik M, Carbonnel F, et al. Therapeutic management of inflammatory bowel disease in real-life practice in the current era of anti-TNF agents: analysis of the French administrative health databases 2009-2014. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. Janv 2017 ; 45(1):37-49.
- 25.** Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, Ardizzone S, Armuzzi A, Barreiro-de Acosta M, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *Journal of Crohn's and Colitis*. 1 juin 2017 ; 11(6):649-70.
<https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/11/6/649/2966917>
- 26.** Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, Karmiris K, Katsanos K, Kopylov U, et al. Corrigendum: Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management. *Journal of Crohn's and Colitis*. 4 Déc 2017 ; 11(12):1512-1512.
<https://academic.oup.com/ecco-jcc/article/11/12/1512/4560786>
- 27.** Bouguen G, Gizard E, Peyrin-Biroulet L. La chirurgie dans l'ère des biothérapies. Nov 2012 ; 19(9):756-64.
- 28.** Pariente B. Prise en charge d'une colite aiguë grave. FMC-HGE.
http://www.fmchgastro.org//wp-content/uploads/file/pdf-2017/279_286_Pariente.pdf
- 29.** Treton X, Laharie D. Prise en charge d'une colite aiguë grave. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*. Déc 2008 ; 32(12):1030-7.
- 30.** Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial. *Br Med J*. 29 Oct 1955 ; 2(4947):1041-8.

31. Buisson A, Bommelaer G, Peyrin-Biroulet L. Rectocolite hémorragique : épidémiologie, physiopathologie, diagnostic, histoire naturelle et stratégie thérapeutique. *EMC - Gastro-entérologie*. Oct 2012 ; 7(4):1-19.
32. Matsui T, Sakurai T, Yamaguchi A, Ueki T, Nakabayashi S, Yao T, et al. The clinical characteristics and outcome of intraabdominal abscess in Crohn's disease. *Journal of Gastroenterology*. 1 Mai 2004 ; 39(5):441-8.
33. Régimbeau JM, Panis Y, De Parades V, Marteau P, Valleur P. Manifestations ano-périnéales de la maladie de Crohn. *Gastroenterol Clin Biol*. Janv 2000 ; 24(1):36-47.
34. Dignass AU, Gasche C, Bettenworth D, Birgegård G, Danese S, Gisbert JP, et al. European Consensus on the Diagnosis and Management of Iron Deficiency and Anaemia in Inflammatory Bowel Diseases. *Journal of Crohn's and Colitis*. 1 Mars 2015 ; 9(3):211-22.
35. Abitbol V. La carence martiale au cours des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *Hépato-Gastro & Oncologie Digestive*. 1 Mai 2018 ; 25(5):468-72.
36. Van Assche G, Dignass A, Panes J, Beaugerie L, Karagiannis J, Allez M, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis*. 1 Févr 2010 ; 4(1):7-27.
37. Dignass A, Eliakim R, Magro F, Maaser C, Chowers Y, Geboes K, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 1: Definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis*. 1 Déc 2012 ; 6(10):965-90.
38. Hébutterne X, Al-Jaouni R. Conséquences nutritionnelles des maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin. *Avr 2005* ; 12(2):123-34.

39. Williet N, Lopez A, Peyrin-Biroulet L. Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et cancer colorectal : quel est vraiment le risque à l'ère des biothérapies ? Mai 2013 ; 20(5):325-34.

40. Kiesslich R, Neurath MF. Magnifying chromoendoscopy: Effective diagnostic tool for screening colonoscopy. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. Nov 2007 ; 22(11):1700-1.

41. Barthet M, Gay G, Sautereau D, Ponchon T, Napoléon B, Boyer J, et al. Surveillance endoscopique des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *Acta Endoscopica*. Oct 2004 ; 34(S1):441-3.

42. Vuitton L, Gonzalez F, Koch S. Surveillance endoscopique de la dysplasie dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *Acta Endoscopica*. Juin 2013 ; 43(4):207-13.

43. Williet N, Sarter H, Gower-Rousseau C, Adrianjafy C, Olympie A, Buisson A, et al. Patient-reported Outcomes in a French Nationwide Survey of Inflammatory Bowel Disease Patients. *J Crohns Colitis*. Févr 2017 ; 11(2):165-74.

44. Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (mici) et travail : le parcours du combattant- Résultats de l'enquête IFOP healthcare pour AFA/TAKEDA 2016. Association François Aupetit; 2017 Janv.

<http://www.epresspack.net/mmr1/resultats-de-l'enquete-ifop-healthcare-pour-afa-takeda-2016/>

45. Le Breton-Lerouvilhois G. La démographie médicale en région Provence-Alpes Côte-D'Azur. Collège National de l'Ordre des Médecins ; 2015 p. 75.
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_paca_2015.pdf.

46. Morice E, Leroyer E. Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale ? 2012 ; 23(100):31-2.

- 47.** Bouet D, Le Breton-Lerouvilhois G, Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.). Paris. Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés 2007/2017 - Les territoires au cœur de la réflexion. Situation au 1er Janvier 2017. 2017 Oct p. 323p. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf
- 48.** Delga M-E, Cerfon J-F, Cerruti F-R, Cressard P, Dezetter A, Lagarde G, et al. Les coopérations entre professionnels de santé – Coordination des soins au bénéfice des patients. Rapport de la Commission nationale permanente. Assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Ordre National des Médecins Conseil National de l'Ordre ; 2010 Juin p. 43. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rapport_Cooperations_professionnels_de_sante.pdf
- 49.** Frenkel J, Hecketsweiler P. Les inégalités inter-régionales de l'offre de soins en France. Oct.-Déc. 92 p. 35-48. (Solidarité santé. Études statistique).
- 50.** Hecketsweiler P. La démographie médicale : le cas de l'hépato-gastroentérologie. Gastroentérologie Clinique et Biologique. 2002 ; 26:343-54.
- 51.** Druais P-L. La place et le rôle de la Médecine Générale dans le système de santé. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes ; 2015 mars. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
- 52.** White KL, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. New England Journal of Medicine. 2 Nov 1961 ; 265(18):885-92.
- 53.** Giet D. Les grands défis à relever en médecine générale. Avr 2008 ; (252):154-6.
- 54.** Loi n° 2002-73 du 17 Janvier 2002 de modernisation sociale. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905>

55. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>

56. Code de la santé publique - Article L1411-11. Code de la santé publique, Loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016-art. 158 (V).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI00006686929&dateTexte=&categorieLien=cid>

57. Code de la sécurité sociale - Article L162-5-3. Code de la sécurité sociale, Ordonnance n°2018-20 du 17 Janvier 2018-art. 32.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000031928694>

58. Arrêté du 3 Février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes | Legifrance. 35 Févr 11, 2005 p. 2275.
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2005/2/3/SANS0520354A/jo>

59. Jaffiol C, Godeau P, Grosbois B. Prise en charge des maladies chroniques – Redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste. Académie nationale de médecine ; 2016 Juin p. 1-15.

60. Balcou-Debussche M, Foucaud J, Moquet M-J. La formation continue des médecins en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient. 2009 ; 159-72.

61. Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Article 84.

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=F5F3169E8B4E1882790A8D099864EB07.tplgfr36s_1?cidTexte=JORFTEXT00000227015&idArticle=LEGIARTI00006697474&dateTexte=20061221&categorieLien=id#LEGIARTI00006697474
474

62. Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative ; 2008 Sept p. 165.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf

63. Éducation thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. Haute Autorité de Santé ; 2007 Juin.

<http://link.springer.com/10.1007/s11690-009-0174-4>

64. Code de la santé publique - Article L1161-1. Code de la santé publique, Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 - art. 84 Juill 21, 2009.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020892069>

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE THESE ENVOYE PAR COURRIEL

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin MICI Rectocolite hémorragique RCH et Maladie de Crohn MC

*Obligatoire

1. **Adresse e-mail ***

2. **NOM Prénom ***

3. **Code postal du lieu d'exercice ***

4. **Êtes-vous ? ***

Une seule réponse possible.

- Femme
 Homme

5. **Quel est votre âge ? ***

6. **Quel est votre mode d'exercice ? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Cabinet individuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cabinet de groupe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Libéral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salariat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. **Combien de patients atteints d'une MICI (RCH
ou MC) comptez-vous dans votre patientèle ? ***

8. **Devant un patient chez qui vous suspectez une MCI, quelle est votre attitude ? ***

Une seule réponse possible.

- Orientation du patient vers un spécialiste gastro-entérologue directement
 Prescription d'examens complémentaires puis secondairement orientation vers un spécialiste gastro-entérologue

9. **Dans quel(s) domaine(s) le médecin généraliste joue-t-il un rôle dans la prise en charge des MCI, selon vous ? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Diagnostic initial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Education-Information du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion et suivi des traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surveillance au long cours de la maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. **Devant un patient qui présente une poussée aiguë, quelle est votre attitude ? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Vérification de l'absence de complications justifiant une hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation vers le spécialiste gastro-entérologue référent directement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation vers un service d'urgences hospitalières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescription d'un bilan sanguin et d'une coproculture à la recherche d'une surinfection à Clostridium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficile puis orientation vers le gastro-entérologue référent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. **De façon habituelle, vos patients atteints d'une MCI vous consultent au cabinet pour ? ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
La suspicion de poussée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La gestion et le suivi des traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le retentissement psychosociologique de la maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les pathologies intercurrentes uniquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Vous sentez-vous à l'aise avec *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
Le diagnostic des MICI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gestion et suivi des traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en charge des poussées aigues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en charge des complications des MICI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en charge psychologique des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Avez-vous suivi une formation complémentaire dans le domaine des MICI (DPC) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

14. Au niveau thérapeutique, qu'attendez-vous des spécialistes gastro-entérologues pour la prise en charge de vos patients atteints d'une MICI ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
L'initiation des traitements à la découverte d'une MICI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La modification des traitements en cas de rechute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La possibilité d'avoir un interlocuteur en cas de questions concernant un traitement spécifique des MICI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Concernant vos patients atteints d'une MICI, comment jugez-vous la circulation de l'information entre l'hôpital et la ville ? *

Une seule réponse possible.

- Très bonne
 Bonne
 Mauvaise
 Très mauvaise

16. Quels sont vos rapports avec les spécialistes gastro-entérologues pour vos patients atteints d'une MICI ? *

Une seule réponse possible.

- Très bonne
- Bonne
- Mauvaise
- Très mauvaise

17. Quelles sont les contraintes de votre pratique quotidienne dans la prise en charge des patients atteints d'une MICI ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Nécessité de gérer des situations lourdes en ambulatoire
- Difficulté de coordination des soins dans la prise en charge pluridisciplinaire (ville, hôpital, spécialiste)
- Manque de formation dans ce domaine spécialisé
- Autre : _____

18. Souhaitez-vous ajouter des commentaires ou suggestions ?

- M'envoyer une copie de mes réponses

Fourni par



ANNEXE 2 : INTRODUCTION AU QUESTIONNAIRE ENVOYE PAR COURRIEL

Bonjour,

Je suis interne en dernier semestre en médecine générale à Marseille et je réalise actuellement ma thèse sur « Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des maladies inflammatoires chroniques (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn) ».

Que ce soit dans l'initiation d'investigations complémentaires devant une suspicion diagnostique, l'orientation du patient vers un spécialiste gastro-entérologue ou un milieu hospitalier, le suivi au long cours de la maladie, l'initiation de thérapeutiques ou encore son attitude face à d'éventuelles complications, le médecin généraliste, référent de proximité, a un rôle pivot et assure les soins primaires.

Ce travail a pour objectif également de mieux connaître les conditions d'exercice des médecins généralistes à l'égard des personnes suivies pour une MCI, et d'appréhender les difficultés qu'ils peuvent rencontrer au quotidien.

Pour cela j'interroge les médecins généralistes du département des Bouches du Rhône à l'aide d'un questionnaire informatisé, d'une durée de moins de 5 minutes. Je vous invite à le compléter et je vous remercie par avance pour votre contribution.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdmaMfU78nIJdQApU_Wumsh-1sUYthkuA2iXEHqi6ZeUqctBQ/viewform?usp=sf_link

Cordialement,

Stéphanie BECAMEL

Interne en Médecine Générale Marseille

stephanie.becamel@gmail.com

GLOSSAIRE

5-ASA :	Acide 5-aminosalicylique
ACG :	Adénocarcinome du Grêle
Afa :	Association française pour malades et familles de malades MCI
ALAT :	Alanine aminotransférase
ALD :	Affection Longue Durée
AMS :	Artère Mésentérique Supérieure
ANCA :	Anticorps Anti-Cytoplasme des Neutrophiles
ANSM :	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
Anti-TNF :	Anti-Tumour Necrosis Factor
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASCA :	Anticorps anti-saccharomyces cerevisiae
ASP :	Abdomen Sans Préparation
CAG :	Colite Aigue Grave
CCR :	Cancer Colo-Rectal
CDAI :	Crohn Disease Activity Index
CE :	Chromoendoscopie
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CMGF :	Congrès de la Médecine Générale France
CMV :	Cytomégalovirus
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CREGG :	Club de Réflexion des cabinets et groupes d'hépato-gastroentérologie
CRP :	Proteine C Reactive
CSP :	Cholangite Sclérosante Primitive
CSP :	Code de Santé Publique
CST :	Coefficient de Saturation de la transferrine
DPC :	Développement Professionnel Continu
EBV :	Epstein-Barr Virus
ECCO :	European Crohn's and Colitis Organisation
EOGD :	Endoscopie Oeso-Gastro-Duodénale
EPIMAD :	Registre épidémiologique

EPO :	Érythropoïétine
EPS :	Électrophorèse des Protéines Sériques
ETP :	Éducation Thérapeutique
EVA :	Échelle Visuelle Analogique
Gamma-GT :	Gamma Glutamyl Transpeptidase
GETAID :	Groupe d'Étude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du tube Digestif
HAS :	Haute Autorité de Santé
Hb :	Hémoglobine
HNPPCC :	Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer
HPST :	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IC :	Intervalle de confiance
IFOP :	Institut Français d'Opinion Publique
IL1B :	InterLeukin 1 Beta
IMC :	Indice de Masse Corporelle
IRM :	Imagerie par Résonance Magnétique
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS :	Institut national de Veille Sanitaire
MAP :	Manifestations ano-périnéales
MC :	Maladie de Crohn
MICI :	Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin
NFS :	Numération Formule Sanguine
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OR :	Odds Ratio
PACA :	Provence-Alpes-Côte -d'Azur
PAF :	Polypose Adénomateuse Familiale
PAL :	Phosphatase Alcaline
pANCA :	perinuclear AntiNeutrophil Cytoplasmic
PEG :	lavage au PolyEthylène Glycol
RPB :	Retinol Binding Protein
RCH :	Rectocolite Hémorragique
RCUH :	Rectocolite ulcéro hémorragique

RQTH :	Reconnaissance Qualité de Travailleur Handicapé
RST :	Récepteur Soluble de la Transferrine
Se :	Sensibilité
S.I.R :	Modèle « Sains » « Infectés » « Rétablis »
SNFGE :	Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
SNIIRAM :	Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
Sp :	Spécificité
TDM :	Tomodensitométrie
TNF :	Tumor Necrosis Factor
VGM :	Volume Globulaire Moyen
VHB :	Virus de l'hépatite B
VHC :	Virus de l'Hépatite C
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPN :	Valeur Prédictive Négative
VPP :	Valeur Prédictive Positive
VZV :	Virus Varicelle-Zona

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerais les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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



