



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2022

Thèse N° 174

# L'observance thérapeutique chez les patients atteints des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15/06/2022

PAR

Mlle. **Nayla Hanane ESSAIDI**

Née Le 25 Mai 1996 à Sultanate Oman

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Observance - Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin -  
Facteurs influençant

JURY

Mme.	<b>L. ESSAADOUNI</b> Professeur de Médecine Interne	PRESIDENT
Mme.	<b>K. KRATI</b> Professeur de Gastro-entérologie	RAPPORTEUR
Mme.	<b>Z. SAMLANI</b> Professeur de Gastro-entérologie	} JUGES
Mme.	<b>S. OUBAHA</b> Professeur de Physiologie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ  
عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ  
وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي ۗ إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي  
مِنَ الْمُسْلِمِينَ





# *Serment d'hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,  
Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.  
Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.*

*La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles  
traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération  
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales  
d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

**Déclaration Genève, 1948**



---

*LISTE DES PROFESSEURS*

---



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI  
: Pr. Abdelhaq ALAOUY YAZIDI

**ADMINISTRARATION**

Doyen

: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux affaires pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	ELOMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie-réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique
ADALI Imane	Psychiatrie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	GHOUNDALE Omar	Urologie
AISSAOUI Younes	Anésthésie-réanimation	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT SAB Imane	Pédiatrie	JALAL Hicham	Radiologie
ALJ Soumaya	Radiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
AMAL Said	Dermatologie	KHALLOUKI Mohammed	Anésthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidemiologie clinique	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KISSANI Najib	Neurologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie-virologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie

BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique	LOUHAB Nissrine	Neurologie
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie générale
BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENELKHAIAI BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMA Mohamed Amine	Traumato-orthopédie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie- réanimation
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUFID Kamal	Urologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie-chimie	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-vasculaire	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BSISS Mohammed Aziz	Biophysique	OUBAHA Sofia	Physiologie
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHAKOUR Mohammed	Hématologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHELLAK Laila	Biochimie-chimie	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
DAHAMI Zakaria	Urologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino- laryngologie

DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anésthésie-réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anésthésie- réanimation
ELAMRANI Moulay Driss	Anatomie	SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SARF Ismail	Urologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	SORAA Nabila	Microbiologie- virologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anésthésie- réanimation
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie- virologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anésthésie- réanimation
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZOUHAIR Said	Microbiologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZYANI Mohammad	Médecine interne
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques		

#### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio-vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embryologie-cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anésthésie-réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	MARGAD Omar	Traumato-orthopédie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie

ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique	NADER Youssef	Traumato-orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie-réanimation	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	RHARRASSI Issam	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	SEDDIKI Rachid	Anesthésie-réanimation
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie	SERGHINI Issam	Anesthésie-réanimation
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie-mycologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie-réanimation
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
HAMMOUNE Nabil	Radiologie		

#### Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Psychiatrie	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	EL-QADIRY Raby	Pédiatrie
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	FDIL Naima	Chimie de coordination bio-organique
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FENANE Hicham	Chirurgie thoracique
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
AZIZI Mounia	Néphrologie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAMRANI HANCI Asmae	Microbiologie- virologie

BELARBI Marouane	Néphrologie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	JALLAL Hamid	Cardiologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophthalmologie	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
BELLASRI Salah	Radiologie	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BENYASS Youssef	Traumatologie-orthopédie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	RAGGABI Amine	Neurologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
CHETTATI Mariam	Néphrologie	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DAMI Abdallah	Médecine légale	SALLAHI Hicham	Traumatologie- orthopédie
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie réanimation	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAI Asma	Informatique
EL-AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
EL AMIRI Moulay Ahmed	Chimie de coordination bio-organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique	SLIOUI Badr	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie-mycologie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
ELJAMILI Mohammed	Cardiologie	ZOUIA Btissam	Radiologie
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- vasculaire
ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation		

Liste Arrêtée Le 03/03/2022

---

# *DÉDICACES*

---



*Je dédie ce modeste travail A*



اللَّهُ  
أَكْبَرُ  
بِحَمْدِهِ

Tout d'abord à ALLAH

Le tout puissant et miséricordieux, qui m'a donné la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

Qui m'a inspirée et guidée dans le bon chemin, Je lui dois ce que je suis devenue.

Louanges et remerciements pour sa clémence et sa miséricorde.

الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي بِنِعْمَتِهِ تَتِمُّ الصَّالِحَاتُ



### *A mes parents*

*A mes chers parents, A qui je dois tout, et pour qui aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, ma gratitude, ni mon infinie reconnaissance pour l'ampleur des sacrifices et des souffrances que vous avez endurés pour mon éducation et mon bien être. Je vous dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester votre fierté et ne jamais vous décevoir. Veuillez, cher père, chère mère, accepter cet humble travail qui n'égale en rien vos sacrifices mais qui témoignera de mon grand amour et reconnaissance. Puisse Allah le tout puissant vous préserve du mal, vous comble de santé, de bonheur et vous accorde longue et heureuse vie.*

*رب ارحمهما كما ربياني صغيرا.*

### *A la plus merveilleuse de toutes les mamans Samira*

*Maman, aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance. Tu as consacré toute ta vie pour notre bien-être, tu as usé de ta santé et tu as fait de mon bonheur une priorité.*

*Merci pour la force de l'amour que tu m'as donnée sans compter. Merci pour tous ces moments pendant lesquels tu m'as supporté et épaulé sans cesse, sans jamais te plaindre. Pour toutes les peines que tu as endurées en m'accompagnant durant ce long parcours, pour toutes les nuits blanches où nous étions inséparables quand tout s'écroule autour de moi, merci de me rendre la personne que je suis.*

*Merci pour tes « Allah ychafik o Allah ikun maak » qui m'ont protégé tout le temps, tu étais et tu demeureras le seul remède maman.*

*En ce jour, j'espère réaliser chère mère un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi. Ces quelques mots ne sauront te prouver maman combien je t'aime. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserve et t'accorde santé, longue vie et bonheur. Je t'aime Mami.*



### *A mon papa chéri et mon premier professeur Mohamed*

*A mon père, mon héros invincible, l'école de mon enfance, mon premier professeur et mon cher ami. Tu as l'habitude de m'appeler depuis mon enfance « Mon docteur », Dieu merci ce nom que tu as toujours admiré  
vu le jour*

*En réalité, la grande grâce que Dieu m'a faite est celle de t'avoir comme Papa. J'aimerais pouvoir tout te rendre un jour, pourtant une éternité ne suffirait pour le faire. Tu as usé de ta santé et tu as fait de mon bonheur une priorité, Merci de m'avoir posé sur les bons rails pour survivre et réussir dans un monde où je ne serais pas la moitié de la femme que je suis sans la sagesse, les belles valeurs qui sont aujourd'hui des principes. Merci pour ce que tu as fait, et fais encore. En ce jour mémorable, pour nous deux, reçoit cet humble travail en signe de mon profond amour et ma vive reconnaissance. Puisse Dieu, le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour. Je t'aime  
papa.*

### *A ma sœur Asma*

*Ma fierté, mon adorable guerrière et mon amour infini. Merci pour ton amour, ton soutien et tes encouragements. Tu as toujours cru en moi pendant des moments assez pénibles et tu m'as sans cesse motivée pour aller de l'avant. Merci énormément pour ta présence toujours à mes côtés. Je te dédie cette thèse assez spéciale pour nous deux en témoignage de l'amour que j'ai pour toi et de promesse pour se battre jusqu'au bout. Ta place dans mon cœur et dans ma vie ne pourrait guère être remplacée.  
Que Dieu te guide vers le bon chemin, te préserve de tout mal, et te procure santé, bonheur et réussite. Tu es la sœur, l'amie et la maman. Je t'aime.*



### *A ma sœur Soumia*

*Mon Ange et mon petit cœur. Malgré la distance, tu continues à être à mes côtés pendant toutes les étapes de ma vie et à suivre de près les pas de ta petite sœur. Aucune dédicace ne peut exprimer la profondeur des sentiments fraternels d'amour et d'attachement que j'éprouve à ton égard.*

*Je suis fière de la personne que tu es et je le serais toujours. Votre place dans mon cœur est irremplaçable. Je remercie Dieu de m'avoir accordé une sœur, amie et mère sur qui je pourrai compter quel que soit les circonstances.*

*Je te dédie ce travail en témoignage de l'amour que j'ai pour toi. Qu'Allah nous garde à jamais unis dans la joie et la prospérité, et qu'il te préserve du mal et t'accorde santé et réussite. Je t'aime.*

### *A mon frère Ossama*

*On a commencé à tous savoir et à tous apprendre tous les deux, tu es le frère, l'amé et le papa. Toujours là pour me soutenir et me conseiller. J'ai toujours vu en toi l'homme guerrier formidable et doux.*

*Tu m'as toujours épaulé dans mes longues années, et je sais à quel point tu as joué un rôle déterminant dans ce que je suis aujourd'hui. Tes prières et tes encouragements ont été pour moi d'un grand soutien moral tout au long de mes études.*

*Je suis sûre que tu réussiras quoi que tu entreprennes. Je remercie Dieu de m'avoir accordé un frère sur qui je pourrai compter. Que ce travail soit l'accomplissement de tes vœux tant allégués et le fruit de ton soutien infailible. Je t'aime.*



*A Hassan Arakhsis et Oussama Sarhraoui*

*Je suis tellement chanceuse d'avoir des grands frères comme vous, attentionnés, qui veillent sur moi, qui subit mes longs discours et appel de secours des fois sans jamais s'ennuyer. Vous avoir dans ma vie est une bénédiction. Merci d'avoir aimé et de prendre soin de mes précieuses sœurs (Asma et Soumia)*

*Vos conseils et vos encouragements ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.*

*Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection en souvenirs de notre indéfectible union qui s'est tissée au fil des jours. Puisse Dieu, le tout puissant nous garde a jamais unis dans la joie et la prospérité, et qu'il vous préserve du mal et vous accorde santé et réussite.*

*A mon neveu Mohamed Ziyad*

*Depuis le jour où tu es né, tu es devenu une source de bonheur et de douceur. Je remercie le bon Dieu et je le prie de te protéger, tu m'as rendu la tante et la sœur la plus heureuse du monde. Merci mon petit pour tes belles lettres, tes câlins et surtout ton amour éternel. ... Saches bien que je serais toujours là pour toi. ... Je t'aime Mon Bzibizi.*

*A la mémoire de mes grands parents*

*Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de mon grand amour et ma profonde affection. Que vos âmes reposent en paix  
Que Dieu, le tout puissant, vous recouvre de Sainte Miséricorde*



### *A mon ami Wael Naciri*

*Une spéciale dédicace à une personne qui m'a soutenue. Je ne remercierai jamais Dieu assez pour ta présence durant une période aussi pénible. Tu as été une source continue d'encouragement et d'accompagnement étroit pendant toutes les phases de réalisation de ce travail dont tu fais partie.*

*Merci au temps précieux que tu m'as accordé et surtout grand merci à Essaouira, grand merci au destin et à notre rencontre inattendue de nouveau. On a appris tous les deux à combattre, à pardonner et on a fait plus preuve de patience. Merci de toujours être là. En témoignage de ma grande affection, je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et de mon respect. Que Dieu t'apporte bonheur et t'aide à réaliser tous tes rêves, te protège, te préserve du mal et t'accorde santé et réussite.*

*« Ease is a greater threat to progress than hardship »*

### *A mon ami Abdelmajid Houssni*

*Voilà déjà 16 ans qu'on s'est connu. Tu étais et tu resteras pour jamais un ami fidèle. Nous avons traversé beaucoup de moments ensemble, les bons comme les plus difficiles. Tout est gravé dans le plus profond de ma mémoire, témoin de notre sincère amitié.... Je te remercie de m'avoir soutenu durant ce travail. Je te souhaite une vie pleine de bonheur et de réussite.*

### *A ma chère amie Khaoula*

*Pour nos années d'études, pour nos premiers pas à l'hôpital, nos premières gardes, pour tout ça et tout le reste je te remercie.*

*Je ne pourrais oublier ton amour et soutien durant ces dernières années, je me rappelle de notre première rencontre il y a 8 ans, de chaque agréable moment, de chaque appel téléphonique, de nos fous rires et de chaque détail.*

*Merci pour la personne que tu es. Je te dédie ce travail, en témoignage de tout mon amour et ma gratitude. Je prie Dieu pour qu'il te protège de tous les malheurs, et qu'il t'accorde tout le bonheur que tu mérites.*



*A ma chère amie Noura*

*A la plus douce amie, j'avais la chance de te rencontrer durant ces longues années de médecine. On a commencé ensemble, et nous voilà en train de tracer nos chemins ensemble. On a partagé énormément de bons moments, pleins de secrets, de souvenirs, de sorties, de gardes, conseils et aussi pleins de fous rires. Je ne peux trouver les mots justes pour t'exprimer mon amitié, merci pour la personne que tu es. Je te dédie ce travail, en témoignage de tout mon amour et ma gratitude. Que Dieu t'apporte bonheur et t'aide à réaliser tous tes rêves. Que Dieu te protège, te préserve du mal et t'accorde santé et réussite.*

*A ma chère amie Wafae*

*A la plus courageuse amie, Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour t'exprimer mon affection et mes pensées, tu es pour moi une amie formidable. Nous étions toujours ensemble durant les moments les plus délicats de notre cursus. Je ne peux trouver les mots justes pour t'exprimer mon amitié, merci pour la personne que tu es. En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je te dédie ce travail et je te souhaite une vie pleine de santé et de bonheur. Que Dieu te protège, te préserve du mal et t'accorde santé et réussite.*

*A tous mes amis (Nidaa Mimouni, chayma El hendi,  
Oumaima El hou, Aïssam Ezahri)*

*A tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos souvenirs! Merci d'avoir été là. Je suis honorée de vous avoir dans ma vie et je vous souhaite tout le bonheur et le succès que vous méritez. Je vous dédie ce travail en hommage à notre belle amitié et aux années à venir.*



*À MON MAÎTRE :  
MONSIEUR LE PROFESSEUR ASSISTANT Ait Errami Adil  
Professeur assistant de gastro entérologie  
CHU Mohammed VI de Marrakech.*

*Vous m'avez accordé une immense chance et un grand privilège en dirigeant mon travail. Votre disponibilité malgré vos engagements, vos précieuses recommandations ont été pour moi d'une grande aide. Je suis très touchée par votre sympathie, votre modestie et vos qualités humaines. Votre compétence, votre sérieux et votre grand savoir m'ont guidé pendant la réalisation de ce travail, dont vous m'avez confié la responsabilité.*

*Permettez-moi de vous exprimer mes remerciements les plus sincères et mon respect le plus profond pour tous les efforts que vous avez déployés, pour l'accompagnement étroit, pour le soutien durant toute cette période et jusqu'à aujourd'hui. Vous étiez un grand frère et un professeur hors pair.*

*Veillez cher maître, trouver dans ce travail, l'expression de ma gratitude, mon profond respect et mes sentiments les plus distingués.*



*À mes anciens enseignants de : l'école Chkili, et lycée Abdellah Ibrahim. A mes chers professeurs de la faculté de Médecine et de pharmacie de Marrakech.*

*A tous le personnel du service de gastro entérologie du CHU Mohamed VI de Marrakech et un spécial remerciement à Dr HALA Résidente en gastro entérologie*

*Vous m'avez accordé beaucoup de votre temps précieux. Je vous dédie ce travail comme témoignage de mon respect le plus profond. Que Dieu vous protège, vous préserve du mal et vous accorde santé et réussite.*

*A Nayla Hanane (moi-même), Merci d'avoir tenu le coup, d'avoir sacrifier et surtout merci de ta patience. Tu es une guerrière !*

*A tous ceux qui m'aiment et que j'aime A tous ceux à qui ma réussite tient à cœur A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer A tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur A tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin à l'élaboration de ce travail Que cette thèse, qui vous est dédiée, soit le gage de mes profonds sentiments de respect, de remerciements et l'expression de mes sincères souhaits de bonheur.*

---

*REMERCIEMENTS*

---





*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENTE DE THÈSE  
Madame le PROFESSEUR ESSAADO'UNI Lamíaa  
Professeur de l'Enseignement supérieur et chef de service  
de médecine interne  
CHU MOHAMED VI de Marrakech*

*Je suis très honorée de vous avoir comme présidente du jury de ma thèse.*

*Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous. Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession. Et une pierre angulaire dans la recherche médicale et l'évolution de la science. Veuillez, cher Maître, trouver dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.*

*A notre maître et rapporteur de thèse  
Madame le professeur kratí Khadíja  
Professeur de l'enseignement supérieur de gastro entérologie  
CHU MOHAMED VI de Marrakech.*

*Permettez-moi de vous remercier du fin fond de mon cœur pour la bienveillance, la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez accepté de diriger ce travail. Travailler sous votre direction était un réel honneur. Vos qualités scientifiques, pédagogiques et votre intarissable bonté m'inspirent beaucoup d'admiration et de respect. Vous êtes un exemple à suivre. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et ma reconnaissance les plus sincères.*



*A mon maître et juge de thèse :  
Madame le Professeur OUBAHA Sofia  
Professeur de l'enseignement supérieur de gastro entérologie  
CHU MOHAMED VI de Marrakech.*

*Nous vous remercions d'avoir acceptée sans hésitation de faire partie de ce jury. Merci pour votre sympathie, votre bienveillance et pour la grande attention que vous portez au bien-être de l'étudiant. Nous sommes toujours impressionnés par vos qualités humaines et professionnelles, qui nous ont fait aimer d'avantage ce métier noble. Permettez-nous, cher Maître de vous exprimer notre profond respect et notre sincère gratitude.*

*A mon maître et juge de thèse :  
Madame Professeur SAMLANI Zouhour  
Professeur de l'enseignement supérieur de gastro entérologie  
CHU MOHAMED VI de Marrakech.*

*Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse. Vous avez su nous transmettre, tout au long de notre cursus d'étudiant en médecine, la richesse de la clinique digestive. De votre enseignement brillant et précieux, nous gardons les meilleurs souvenirs. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.*

---

*TABLEAUX ET FIGURES*

---



## Liste des tableaux

<b>Tableau I récapitulatif</b>	: Les facteurs liés au statut sociodémographique et économique des patients.
<b>Tableau II récapitulatif</b>	: Les facteurs liés aux antécédents.
<b>Tableau III récapitulatif</b>	: Les facteurs liés à la maladie
<b>Tableau IV récapitulatif</b>	: Les facteurs liés au traitement
<b>Tableau V récapitulatif</b>	: Les facteurs liés au système de santé
<b>Tableau VI récapitulatif</b>	: Les facteurs liés à l'observance thérapeutique
<b>Tableau VII récapitulatif</b>	: Le taux d'observance thérapeutique selon le statut sociodémographique et économique.
<b>Tableau VIII récapitulatif</b>	: Le taux d'observance thérapeutique selon les facteurs lié aux antécédents.
<b>Tableau IX récapitulatif</b>	: Le taux d'observance thérapeutique selon les facteurs liés à la maladie.
<b>Tableau X récapitulatif</b>	: Le taux d'observance thérapeutique selon les facteurs liés au traitement.
<b>Tableau XI récapitulatif</b>	: Le taux d'observance thérapeutique selon les facteurs liés au système de santé.
<b>Tableau XII récapitulatif</b>	: Le taux d'observance thérapeutique selon les facteurs liés au patient.
<b>Tableau XIII récapitulatif</b>	: Le taux d'observance thérapeutique selon les facteurs quantitatives.
<b>Tableau XIV récapitulatif</b>	: La Comparaison entre notre série et les données de la littérature en ce qui concerne les facteurs liés au patients .
<b>Tableau XV</b>	: La Comparaison entre notre série et les données de la littérature en ce qui concerne les facteurs socio-économiques.
<b>Tableau XVI</b>	: La Comparaison entre notre série et les données de la littérature en ce qui concerne les facteurs liés au système de santé.
<b>Tableau XVII</b>	: La Comparaison entre notre série et les données de la littérature en ce qui concerne les facteurs liés à la maladie.
<b>Tableau XVIII</b>	: La Comparaison entre notre série et les données de la littérature en ce qui concerne les facteurs liés au traitement.

## Liste des figures

- Figure 1** : Répartition des patients selon l'âge
- Figure 2** : Répartition des patients selon le sexe
- Figure 3** : Répartition des patients selon le statut social
- Figure 4** : Répartition des patients selon le nombre d'enfant.
- Figure 5** : Répartition des patients selon le lieu d'habitat
- Figure 6** : Répartition des patients selon la région
- Figure 7** : Répartition des patients selon leurs niveaux d'étude
- Figure 8** : Répartition des patients selon leurs professions
- Figure 9** : Répartition des patients selon le revenu mensuel
- Figure 10** : Répartition des patients selon la couverture sociale.
- Figure 11** : Répartition des patients selon les Antécédents médicaux
- Figure 12** : Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux digestifs
- Figure 13** : Répartition des patients selon le tabagisme
- Figure 14** : Répartition des patients selon les antécédents des MICI dans la famille
- Figure 15** : Répartition des patients selon le membre de la famille atteint des MICI.
- Figure 16** : Répartition des patients selon le type des MICI
- Figure 17** : Répartition des patients selon le nombre d'année depuis le diagnostic
- Figure 18** : Répartition des patients selon les événements associés à la maladie.
- Figure 19** : Répartition des patients selon le nombre de poussée durant la dernière année
- Figure 20** : Répartition des patients selon le nombre d'hospitalisation durant la dernière année.
- Figure 21** : Répartition des patients selon le nombre des coloscopies durant la dernière année
- Figure 22** : Répartition des patients selon le nombre de consultation durant la dernière année
- Figure 23** : Répartition des patients selon les antécédents d'indication chirurgical.
- Figure 24** : Répartition des patients selon les complications des MICI
- Figure 25** : Répartition des patients selon le type de traitement.
- Figure 26** : Répartition des patients selon le mode d'administration.
- Figure 27** : Répartition des patients selon le nombre de prises de traitement.
- Figure 28** : Répartition des patients selon le respect de la prescription
- Figure 29** : Répartition des patients selon le traitement associé
- Figure 30** : Répartition des patients selon l'échelle de l'efficacité du traitement
- Figure 31** : Répartition des patients selon le coût de traitement par mois

- Figure 32** : Répartition des patients selon la perception d'importance du traitement
- Figure 33** : Répartition des patients selon l'automédication
- Figure 34** : Répartition des patients selon l'accessibilité au médecin traitant
- Figure 35** : Répartition des patients selon le mode de communication
- Figure 36** : Répartition des patients selon le besoin d'avis d'autre médecin
- Figure 37** : Répartition des patients selon l'inclusion de la famille dans le traitement et soutien psychique
- Figure 38** : Répartition des patients selon Vécu psychologique après le diagnostic
- Figure 39** : Répartition des patients selon l'échelle d'observance thérapeutique de Morisky
- Figure 40** : Répartition des patients selon la cause d'abandon.
- Figure 41** : Les facteurs influençant l'observance thérapeutique selon L'OMS.
- Figure 42** : Les facteurs liés au patient
- Figure 43** : Les facteurs socio-économiques
- Figure 44** : Les facteurs liés au système de santé
- Figure 45** : Relation médecin patient
- Figure 46** : Les facteurs liés à la maladie
- Figure 47** : Les facteurs liés aux traitement
- Figure 48** : Les actes susceptibles d'améliorer l'observance thérapeutique.
- Figure 49** : Le temps d'obtention de la rémission après une 1re poussée de RCH selon Elkjaer MG et al.
- Figure 50** : Application AMCAD MICI et réseaux sociaux réalisés par le service de gastro entérologie du chu Mohammed VI Marrakech
- Figure 51** : Photo d'une journée de sensibilisation organisée par le service de gastro entérologie du chu Mohammed VI de Marrakech pour les patients MICI
- Figure 52** : Boite à médicament personnalisée.

---

# *ABRÉVIATIONS*

---



## Liste des abréviations

<b>MICI</b>	: Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin
<b>MC</b>	: Maladie de Crohn
<b>MMAS</b>	: Morisky Médication Adherence Scale
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ATCD</b>	: Antécédent
<b>ETP</b>	: Education Thérapeutique
<b>HAS</b>	: Haute autorité de santé
<b>AMCAD</b>	: Association des Maladies Chroniques de l'Appareil Digestif
<b>AMO</b>	: Assurance Maladie Obligatoire

---

*PLAN*



<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>4</b>
I. Type d'étude.....	5
II. Critères d'inclusion.....	5
III. Critères d'exclusion.....	5
IV. Population et échantillonnage.....	5
V. Matériels.....	6
VI. Recueil des données.....	6
1. Hétéro - questionnaire.....	6
2. Le score Morisky à 8 items.....	6
3. Moyen de mesure.....	7
VII. Analyse statistique.....	7
VIII. Aspects éthiques et réglementaires.....	8
IX. Variable étudié.....	8
1. Données épidémiologiques.....	8
2. Histoire de la maladie.....	8
3. Moyen thérapeutique.....	9
4. Relation médecin patient.....	9
5. Relation famille patient.....	9
6. Vécu psychologique du patient.....	9
7. Echelle d'observance.....	9
8. Causes d'abandon.....	9
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
I. Analyse descriptive.....	11
1. L'âge.....	11
2. Le sexe.....	11
3. Statut social - Nombre d'enfant.....	12
4. Lieu d'habitat- Région.....	13
5. Niveau d'étude.....	14
6. Profession.....	15
7. Rendement mensuel.....	15
8. Couverture sociale.....	16
9. Antécédent.....	18
10. Histoire de la maladie.....	21
11. Traitement.....	28
12. Relation médecin patient.....	34
13. Relation famille-patient.....	35
14. Le taux d'observance thérapeutique (selon Morisky).....	37
15. Causes d'abandon depuis le diagnostic.....	37
II. Analyse bi variée.....	39
1. Analyse bi variée des variables qualitatives.....	39

2. Analyse bi variée des variables quantitatives .....	45
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>48</b>
I. GENERALITE.....	49
II. LES MOYENS DE MESURES DE L'OBSERVANCE THERAPUTIQUE.....	50
1. Les méthodes directes .....	50
2. Les méthodes indirectes .....	51
3. La méthode de mesure utilisé dans notre travail.....	52
III. Les facteurs influençant l'observance thérapeutique .....	53
1. Les facteurs liés au patient .....	54
2. Les facteurs socio-économiques .....	57
3. Les facteurs liés au système de santé.....	59
4. Les facteurs liés à la maladie.....	61
5. Le traitement.....	63
IV. Les conséquences de la non observance .....	66
V. COMMENT AMELIORER L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE.....	66
1. E-santé, télémédecine.....	67
2. Éducation thérapeutique.....	68
3. Simplification du programme thérapeutique .....	70
4. Mobiliser les associations et entourage des malades .....	70
5. Approches comportementales .....	71
6. la généralisation de la couverture sociale.....	72
VI. FORCES, DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	72
1. Force de l'étude.....	72
2. Les difficultés auxquelles nous nous sommes confrontées .....	72
3. Les limites de l'étude.....	73
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>74</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>76</b>
<b>RESUMES</b> .....	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>91</b>

# *INTRODUCTION*



Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI), comprennent la maladie de Crohn (MC), la rectocolite hémorragique (RCH) et les colites indéterminées. Ce sont des affections inflammatoires atteignant une partie ou la totalité du tube digestif évoluant par poussées entrecoupées de rémissions, de causes précises inconnues, probablement multifactoriel (génétique, immunologique, environnemental) (1). Etant donné qu'ils s'agissent des maladies chroniques, un traitement bien conduit permet dans la majorité des cas un contrôle durable de la maladie et une qualité de vie satisfaisante. (2)

Réussir à garder les maladies chroniques en rémission impose l'observance thérapeutique du patient. Il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique dans le monde, évoquée pour la première fois par Sackett et Haynes en 1976 et définie par « La concordance entre le comportement d'une personne, la prise de médicament, le suivi d'un régime et ou la modification du comportement et les recommandations d'un soignant. » (3), cela englobe donc non seulement le traitement, mais aussi l'ensemble des régimes associés et les styles de vie (4).

Plusieurs termes sont utilisés dans ce sens tel que la compliance thérapeutique, l'adhésion et l'alliance thérapeutique. (5)

Résoudre le problème de la non-observance thérapeutique serait plus efficace que l'avènement de n'importe quel nouveau progrès biomédical (6), d'où l'intérêt de son évaluation. Pour ce faire Les méthodes utilisées sont très diverses (directes et indirectes). (7)

Depuis les dernières décennies, ce sujet prend une place très importante dans le débat public, vu l'impact négatif de la non-observance et l'émergence des pathologies chroniques (8,9) comme en témoigne le nombre de publication sur ce thème.

Notre travail consistera à explorer ce problème d'observance thérapeutique peu abordé au Maroc, nous proposerons à son travers, de mettre le point sur l'adhésion au traitement chez les patients MICI suivis au service de gastro entérologie du CHU Mohammed VI de Marrakech, pour ce faire nous tenterons à appliquer sur la série d'étude un outil de mesure de ce phénomène.

- Evaluer le niveau d'observance thérapeutique chez un échantillon de 120 malades atteints de MICI au sein du service de gastro entérologie du CHU Mohamed VI de Marrakech.
- Identifier les facteurs influençant l'observance thérapeutique.
- Déterminer la corrélation entre l'observance thérapeutique chez les malades atteints des MICI et certains facteurs déterminants cette affection.
- Proposer des actes susceptibles d'améliorer l'observance de nos patients.

Les objectifs de notre étude étaient de :

---

## *MATÉRIEL ET MÉTHODE*

---



## **I. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude prospective à visée descriptive et analytique conduite sur 200 patients suivis pour MICI au service de gastro-entérologie de l'hôpital universitaire Mohamed VI de Marrakech, la population de l'étude était réduite en 120 patients tout en respectant les critères d'inclusion, sur une période de 10 mois s'étalant du mois avril 2021 au mois février 2022.

## **II. Critères d'inclusion**

- Patient suivi pour MICI.
- Age > 15 ans.
- Patient consentant.
- Patient vu à la consultation, à l'HDJ, hospitalisé ou contacté par Tel.

## **III. Critères d'exclusion**

- Patient non consentant.
- Patient en arrêt du traitement suite à un avis médical.
- Patient récemment diagnostiqué (moins d'un an).
- Patient présentant une poussée au moins un mois avant le recueil des données.

## **IV. Population et échantillonnage**

La population concernée est représentée par les sujets atteints des MICI qui se présentaient à la consultation, à l'HDJ, hospitalisaient au service de gastro entérologie et ceux qu'on avait contacté par Tel.

Pour ce faire on a utilisé la méthode d'échantillonnage accidentelle.

## V. Matériels

Un questionnaire a été élaboré pour évaluer de façon la plus pertinente possible l'observance et le vécu du patient.

L'étude a été réalisée au sein du service de gastro entérologie du CHU Mohamed VI de Marrakech. Du mois avril 2021 au mois février 2022.

## VI. Recueil des données

### 1. Hétéro – questionnaire : (Voir annexe I)

L'entretien avait lieu avant la consultation, à l'HDJ, au service ou par Tel (cordonné obtenu à partir des dossiers médicaux du service de gastro-entérologie du CHU Mohammed VI de Marrakech), durait une dizaine de minute tout en respectant les critères d'inclusions.

Le questionnaire était anonyme, il y avait un seul enquêteur dans cette étude.

Avant chaque questionnaire « *On a informé de façon individuelle les patients qu'ils feront partis d'un travail de thèse sur les difficultés à suivre correctement un traitement médicamenteux et que ça sera anonyme, leur médecin traitant n'aura pas accès à leur réponses* ». Les patients étaient encouragés à répondre de façon la plus juste possible.

### 2. Le score Morisky à 8 items : (voir annexe II)

L'observance s'apprécie ainsi :

- Bonne observance : score = 8 points
- Observance moyenne : score = 6-7 points
- Faible observance : score < 6 points

### **3. Moyen de mesure :**

- Le niveau socio-économique : déterminé selon la définition du haut-commissariat du plan marocain (5)
  - < 2800 Dh : bas
  - 2800-6736 Dh : moyen
  - > 6736 Dh : élevé.
- DSM V : Identification des patients déprimés (10). (Voir annexe III)
- Echelle d'anxiété de Hamilton (11) (Voir annexe IV).
- Echelle numérique de 0 à 10 pour quantifier la satisfaction des patients au traitement.

## **VII. Analyse statistique**

Les données recueillies ont été saisies et enregistrées sur le logiciel Excel 2016 et analysées avec le logiciel de statistiques SPSS version 26 et avec le langage R.

L'étude a comporté une analyse descriptive avec :

- Calcul des effectifs et des pourcentages, pour les variables qualitatives et quantitatives.
- Calcul des mesures de tendances centrales (moyennes).

L'étude a comporté également une analyse bi-variée : Cette analyse a consisté à une comparaison des pourcentages pour les variables qualitatives, et a fait appel au test statistique de Chi<sup>2</sup> de Pearson, et une comparaison des variables quantitatives qui a fait appel à la régression logistique et à l'estimation de risque (Odds Ratio), le seuil de signification statistique (p) a été fixé à 5%.

## **VIII. Aspects éthiques et réglementaires :**

Tous les patients ont été informés sur l'objectif et le caractère non lucratif de l'étude.

Le recueil des données a été exécuté en respectant l'anonymat et le consentement éclairé des patients.

## **IX. Variable étudié**

Pour aborder notre étude, nous avons utilisé une fiche d'exploitation comportant les variables suivantes :

### **1. Données épidémiologiques :**

- Identité, âge, sexe, nombre d'enfant, profession, origine géographique, niveau socio-économique.
- Antécédents personnels et familiaux.

### **2. Histoire de la maladie :**

- Type des MICI
- Années depuis le diagnostic
- Evénements associés à la maladie
- Nombre de poussées durant la dernière année
- Nombre de coloscopie durant la dernière année
- Nombre de consultations durant la dernière année
- Antécédents chirurgicaux depuis le diagnostic
- Complications durant la dernière année

3. Moyen thérapeutique.
4. Relation médecin patient.
5. Relation famille patient.
6. Vécu psychologique du patient.
7. Echelle d'observance « Morisky à 8 items »
8. Causes d'abandon.



*RESULTAT*



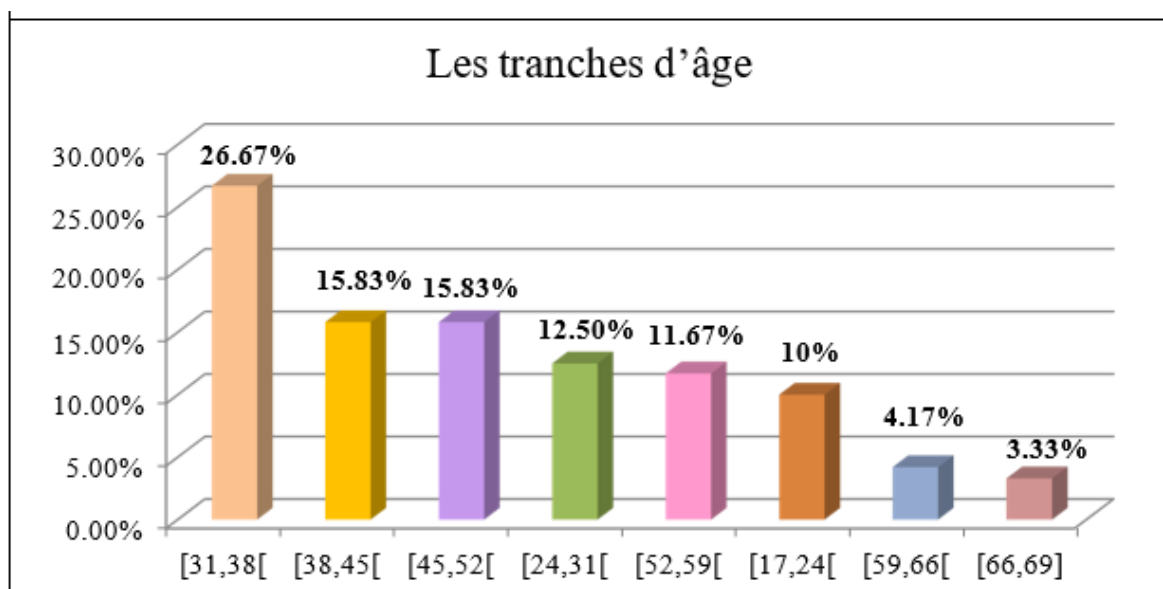
## I. Analyse descriptive

Nous avons colligé 120 patients pendant 10 mois leurs caractéristiques étaient les suivantes :

### 1. L'âge

Dans notre série l'âge moyen des patients était de 39,66 ans avec des extrêmes allant de 17 à 69 ans.

Le diagramme ci-dessous montre la répartition des cas selon les tranches d'âge dont la tranche d'âge prédominante était de [31,38[.



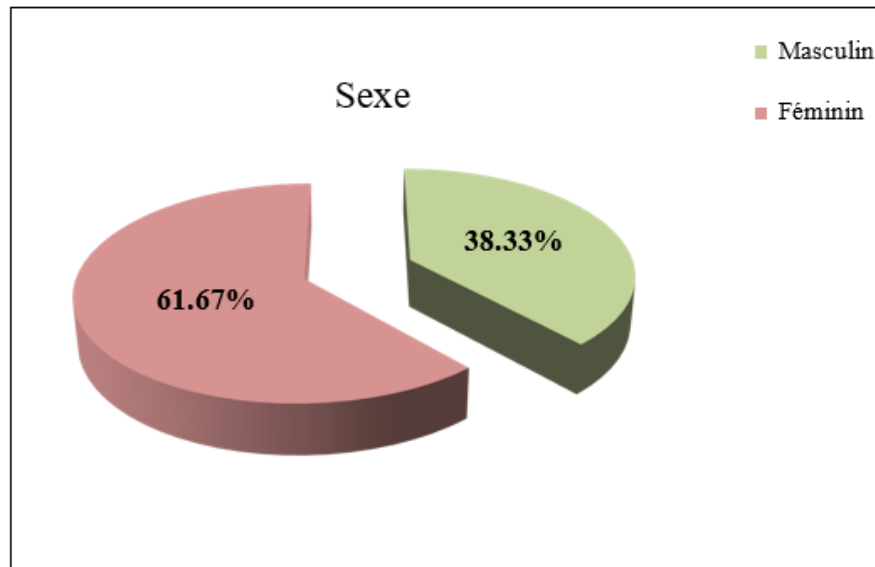
**Figure 1** : Répartition des patients selon l'âge

### 2. Le sexe :

La répartition selon le sexe des patients de notre étude a montré une prédominance féminine représentée par la figure 2 :

- 74 femmes soit 61,67%

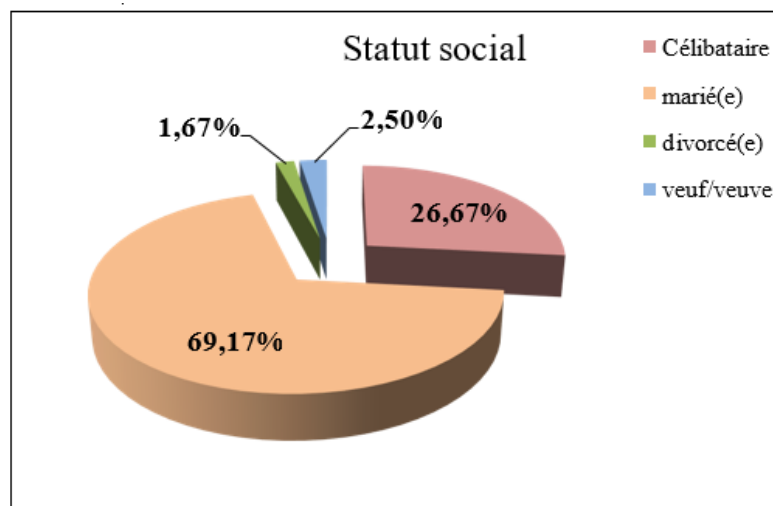
- 46 hommes soit 38,33%
- Sexe- ratio (femme / homme) = 1,6



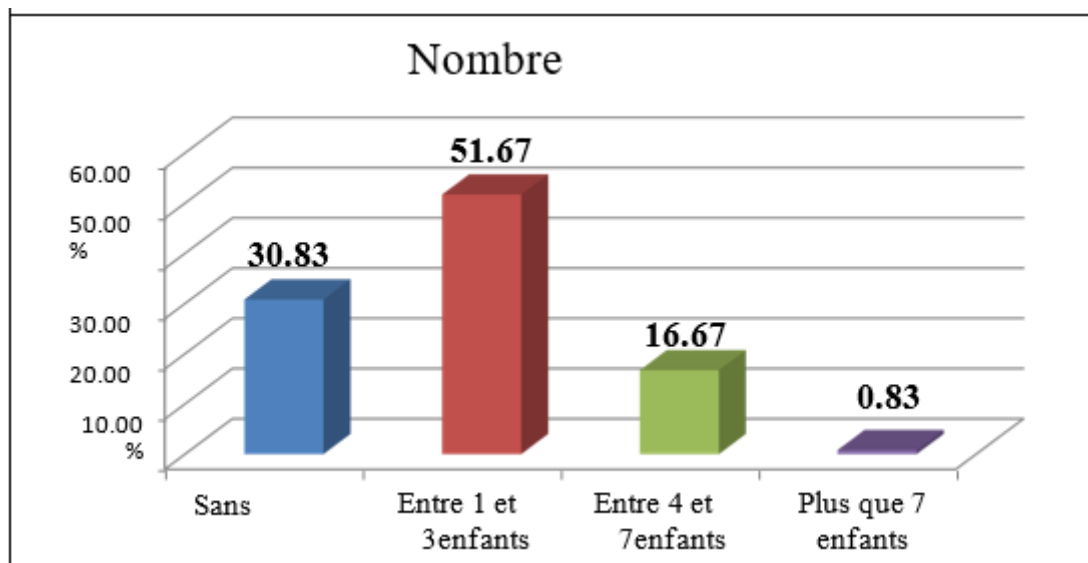
**Figure2** : Répartition des patients selon le sexe

### 3. Statut social – Nombre d'enfant

D'après nos résultats les mariés étaient majoritaires soit 69,17% de la population (figure 3), dont la plupart avaient un nombre d'enfant entre 1 et 3 (figure4)



**Figure 3** : répartition des patients selon le statut social

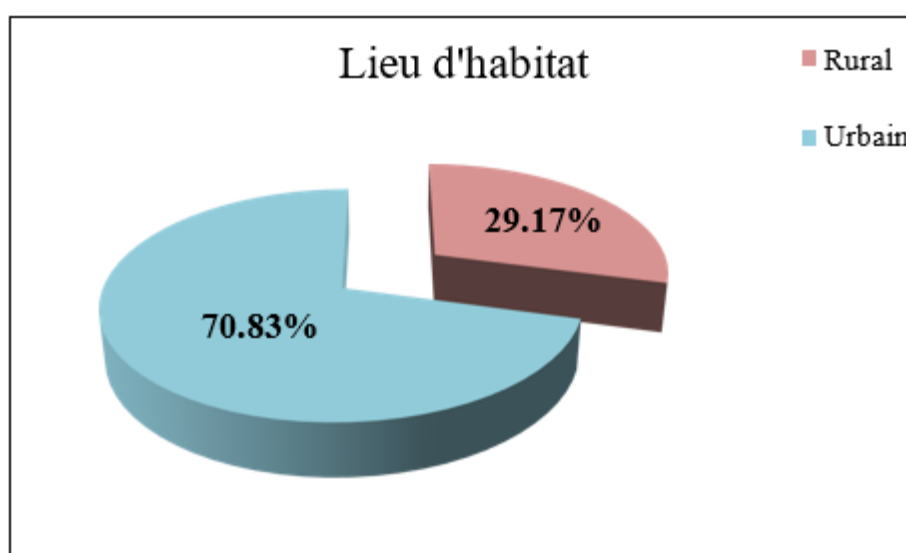


**Figure 4** : répartition des patients selon le nombre d'enfant.

#### 4. Lieu d'habitat- Région

Nous avons noté une prédominance de malades provenaient du milieu urbain (85 malades) soit 70,83% de la population présentée par la figure 5.

La figure 6 montre la répartition des cas selon le lieu de résidence avec une prédominance des patients habitaient à Marrakech soit 40% de la population.



**Figure 5** : Répartition des patients selon le lieu d'habitat

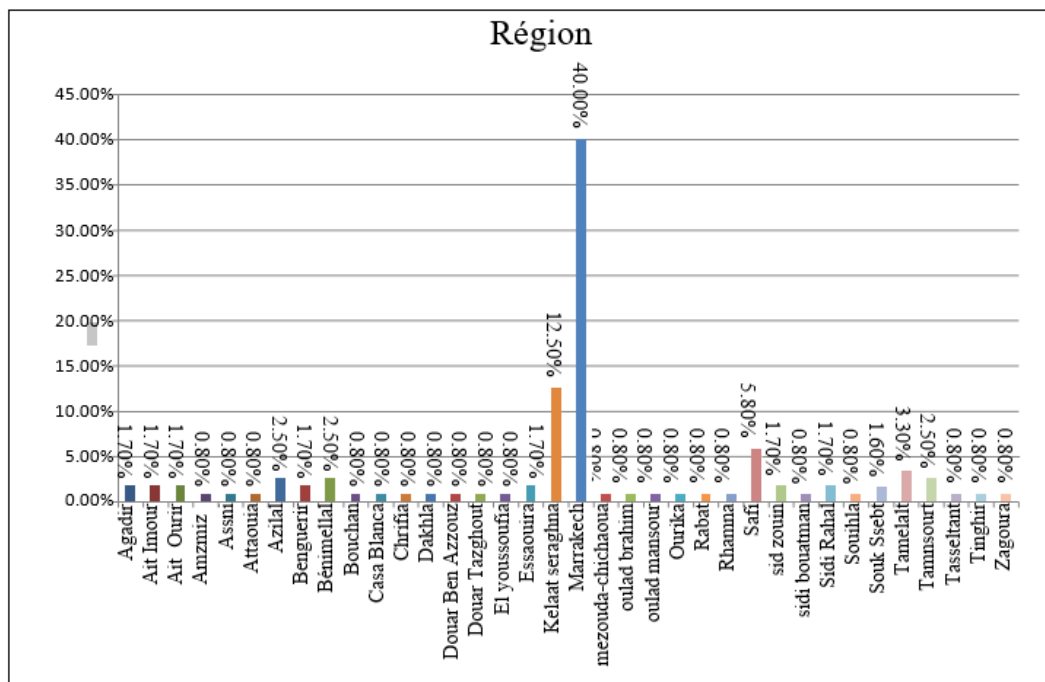


Figure 6 : Répartition des patients selon la région

## 5. Niveau d'étude

Dans notre série d'étude le taux d'analphabétisme était estimé à près de 38,33%, tandis que la majorité des patients scolarisés avaient un niveau d'étude primaire soit 28,33% de la population.

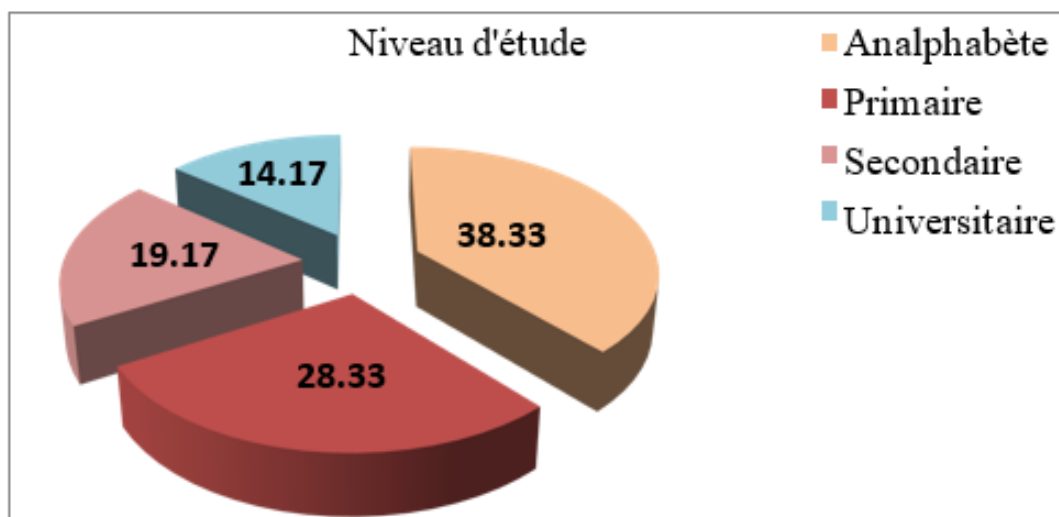
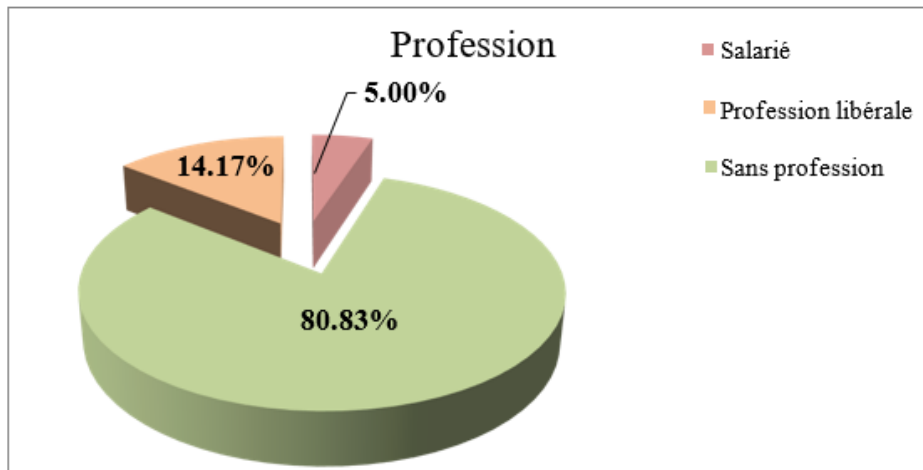


Figure 7 : répartition des patients selon leurs niveaux d'étude

## 6. Profession :

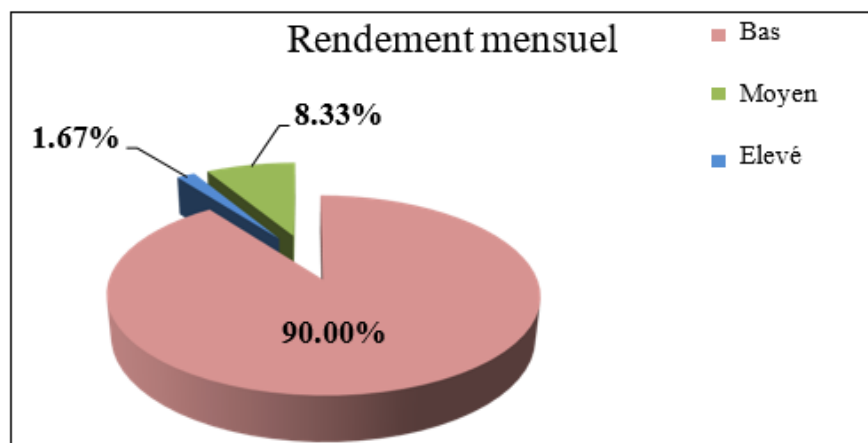
La quasi - majorité de nos patients étaient sans profession soit 80,83%, tandis que 14,17% travaillaient dans le secteur libéral suivi des salariés soit 5% de la série d'étude.



**Figure 8 :** répartition des patients selon leurs professions

## 7. Revenu mensuel

La majorité de nos malades avait un niveau socio-économique bas < à 2800 Dh soit 90% de la population.

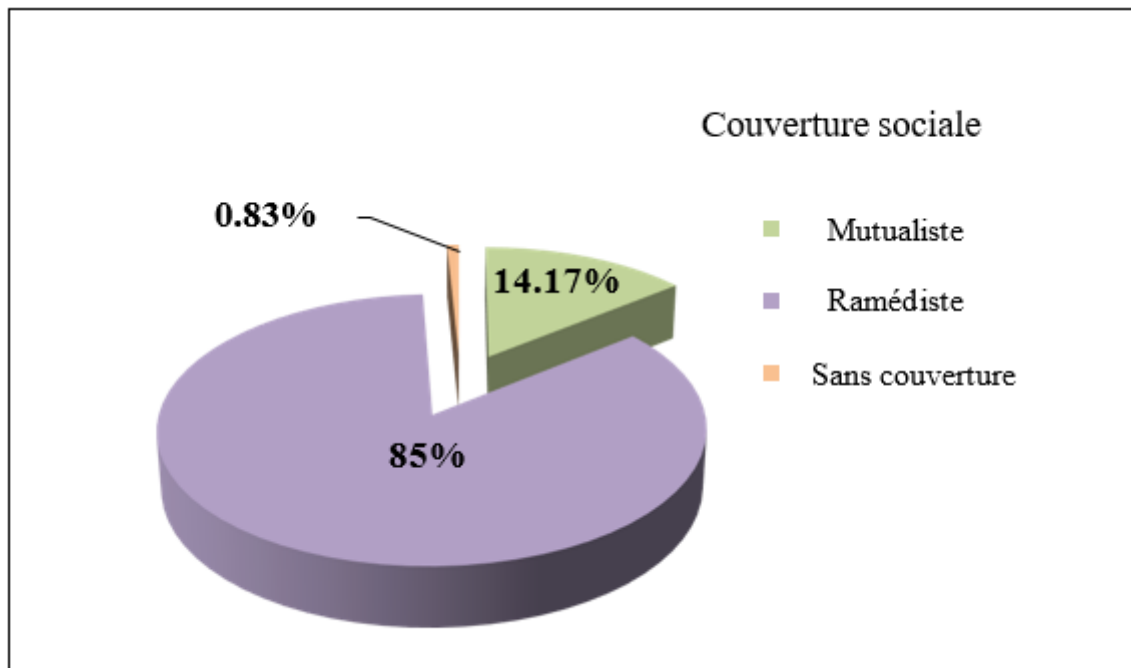


**Figure 9 :** répartition des patients selon le revenu mensuel

## 8. Couverture sociale

D'après nos résultats la majorité des patients était des ramédistes soit 85% suivis des mutualistes (CNOPS / CNSS) pour 14,17%.

Un seul patient n'avait aucune couverture sociale.



**Figure 10** : répartition des patients selon la couverture sociale

**Tableau I : Tableau récapitulatif des facteurs liés au statut sociodémographique et économique des patients.**

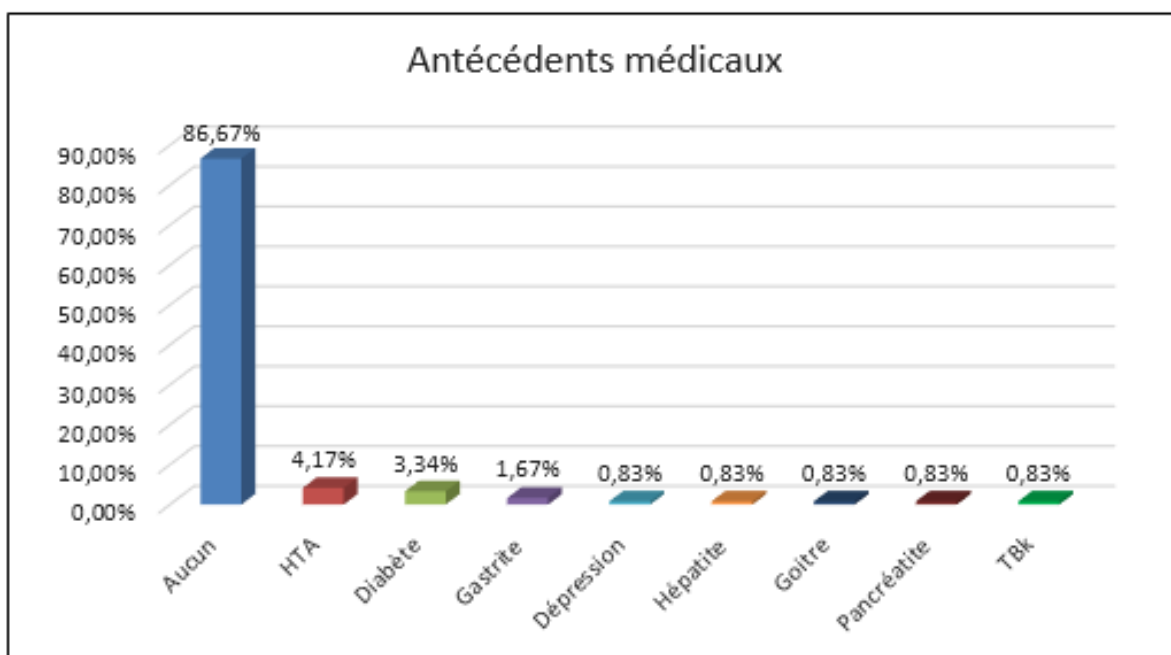
Les facteurs sociodémographiques et économiques		Effectif	Pourcentage
Âge	[17,24[	12	10%
	[24,31[	15	12,50%
	[31,38[	32	26,67%
	[38,45[	19	15,83%
	[45,52[	19	15,83%
	[52,59[	14	11,67%
	[59,66[	5	4,17%
	[66,69]	4	3,33%
Sexe	Masculin	46	38,33%
	Féminin	74	61,67%
Statut social	Célibataire	32	26,67%
	Marié	83	69,17%
	Divorcée	2	1,67%
	veuf/veuve	3	2,50%
Nombre d'enfant	Sans enfants	37	30,83%
	entre 1 et 3 enfants	62	51,67%
	entre 4 et 7 enfants	20	16,67%
	plus que 7 enfants	1	0,83%
Lieu d'habitat	Rural	35	29,17%
	Urbain	85	70,83%
Niveau d'étude	Analphabète	46	38,33%
	Primaire	34	28,33%
	Secondaire	23	19,17%
	Universitaire	17	14,17%
Profession	Salarié	6	5,00%
	Sans profession	97	80,83%
	Profession libérale	17	14,16%
Rendement mensuel	Bas	108	90,00%
	Elevé	2	1,67%
	Moyen	10	8,33%
Couverture sociale	Mutualiste	17	14,17%
	Ramédiste	102	85%
	Sans couverture	1	0,83%

## 9. Antécédent :

### 9.1. Personnels :

#### a. Médicaux :

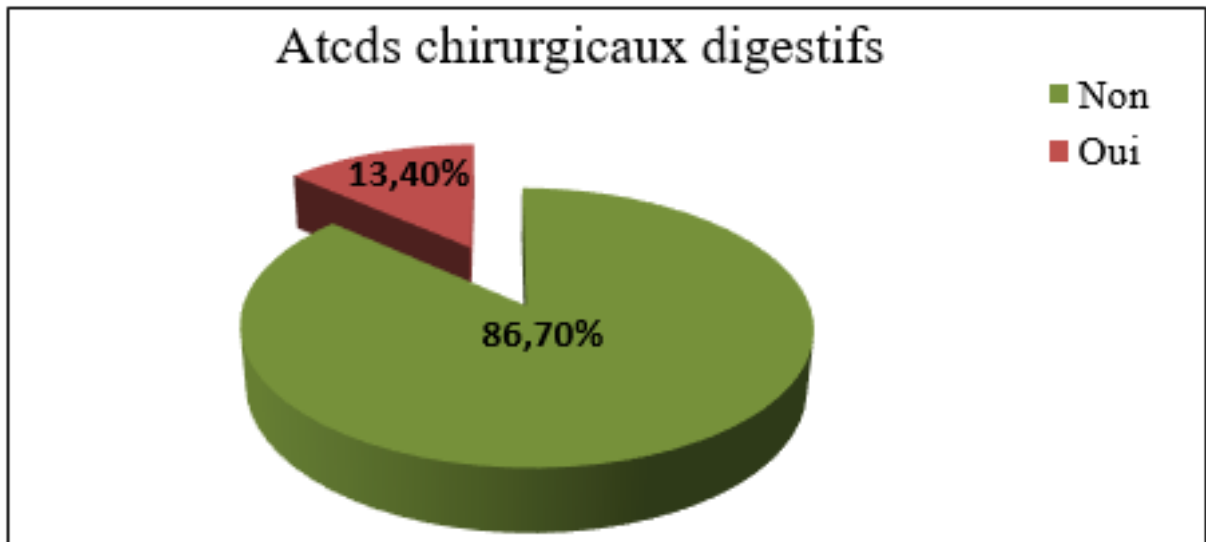
La quasi majorité de nos patients n'avaient aucune pathologie associée soit 86,67% tandis que les hypertendus (4,17%) suivi des diabétiques (3,34%) étaient majoritaires chez ceux qui présentaient un antécédent médical.



**Figure 11** : Répartition des patients selon les Antécédents médicaux

#### b. Antécédents chirurgicaux digestifs (avant le diagnostic) :

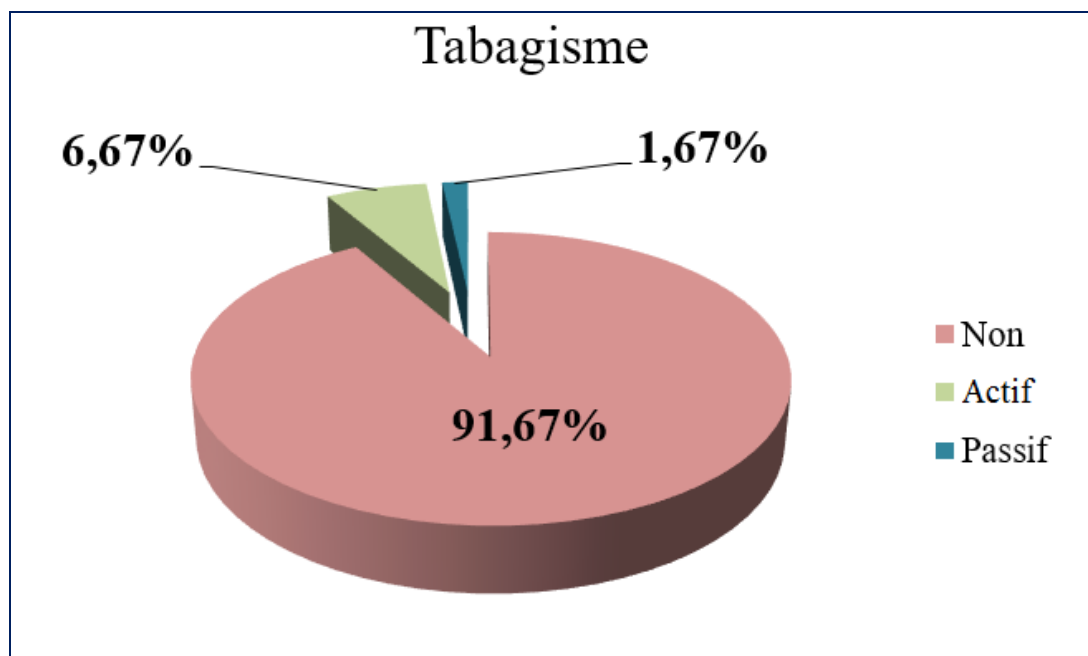
13,4% de notre série ont eu une chirurgie digestive représentée essentiellement par l'appendicectomie.



**Figure 12 :** Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux digestifs

**c. Tabagisme :**

Dans notre série d'étude les non tabagiques étaient majoritaires soit 91,7% de la population versus 6.7% des tabagiques tandis qu'une minorité de 1,7% représente les fumeurs passifs.



**Figure 13 :** Répartition des patients selon le tabagisme.

### 9.2. Antécédents des MICI dans la famille :

Des antécédents des MICI dans la famille étaient retrouvés chez 5,8% des patients (6 cas crohn, un seul cas RCH).

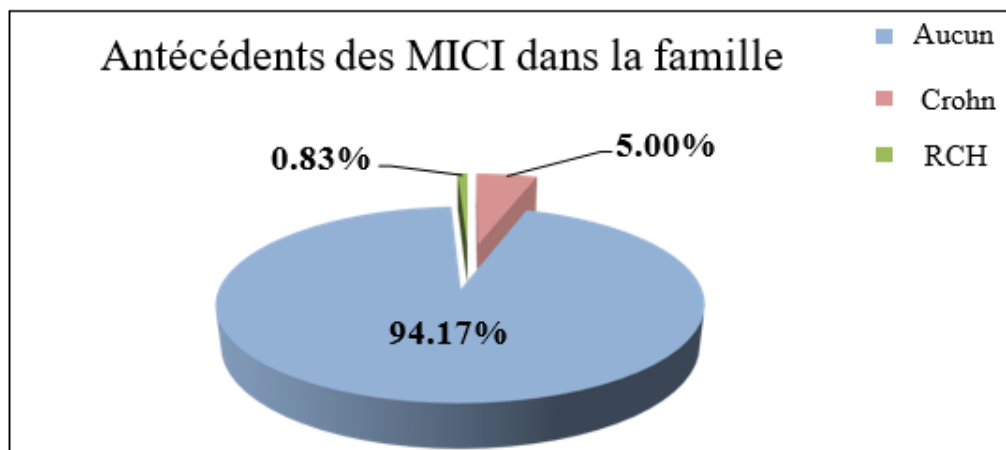


Figure 14 : Répartition des patients selon les antécédents des MICI dans la famille

### 9.3. Membre de la famille atteint des MICI

Chez les patients ayant des antécédents de MICI dans la famille, les frères étaient les principaux concernés.

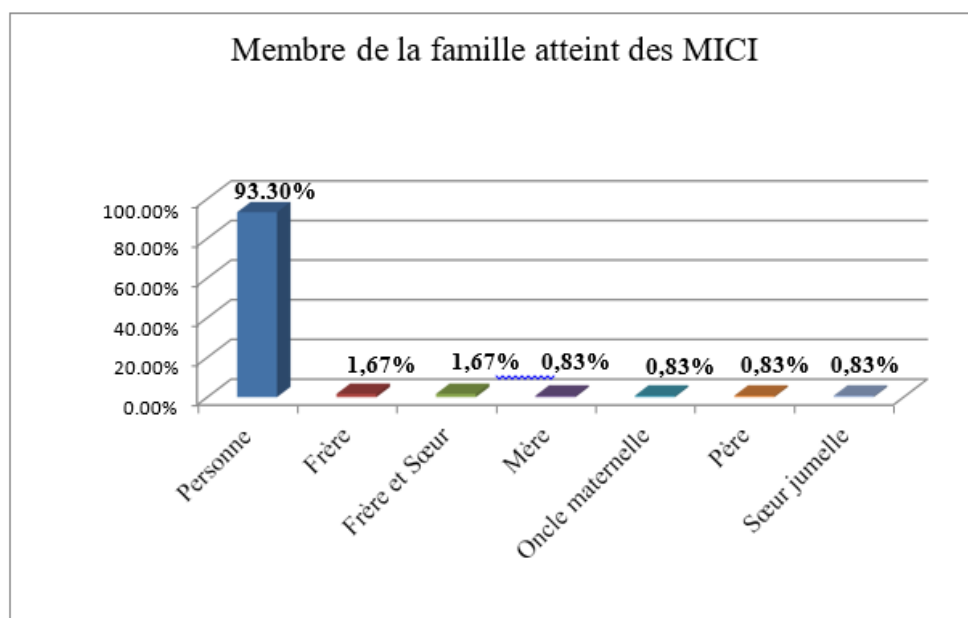


Figure 15: Répartition des patients selon le membre de la famille atteint des MICI.

**Tableau II : Tableau récapitulatif des facteurs liés aux antécédents.**

Facteurs liés aux antécédents		Effectif	Pourcentage
Antécédents Personnels	Antécédents médicaux	Aucun	104 86,67%
		HTA	5 4,17%
		Diabète	4 3,34%
		Gastrite	2 1,67%
		Dépression	1 0,83%
		Hépatite	1 0,83%
		Goitre	1 0,83%
		Pancréatite	1 0,83%
		TBk	1 0,83%
	Antécédents de chirurgie digestive		16
Tabagisme	Non tabagiques	110	91,67%
	Patients tabagiques	8	6,67%
	Tabagisme passif	2	1,67%
Antécédents familiaux	Antécédents des MICI dans la famille	Crohn	6 5%
		Aucun	113 94,17%
		RCH	1 0,83%
		Personne	112 93,33%
		Frère	2 1,67%
	Membre de la famille atteint des MICI	Frère et sœur	2 1,67%
		Mère	1 0,83%
		Oncle maternelle	1 0,83%
		Père	1 0,83%
		Sœur jumelle	1 0,83%

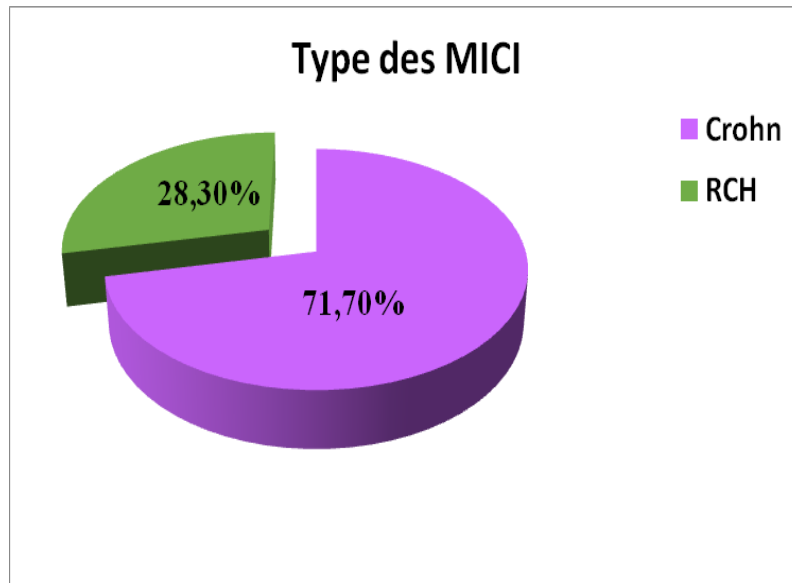
## 10. Histoire de la maladie :

### 10.1. Type des MICI :

La maladie de Crohn était le type le plus fréquemment rencontré soit 71,7% de la population.

La RCH représente 28,3% des cas de nos patients.

On n'a pas trouvé de cas de colite indéterminé.

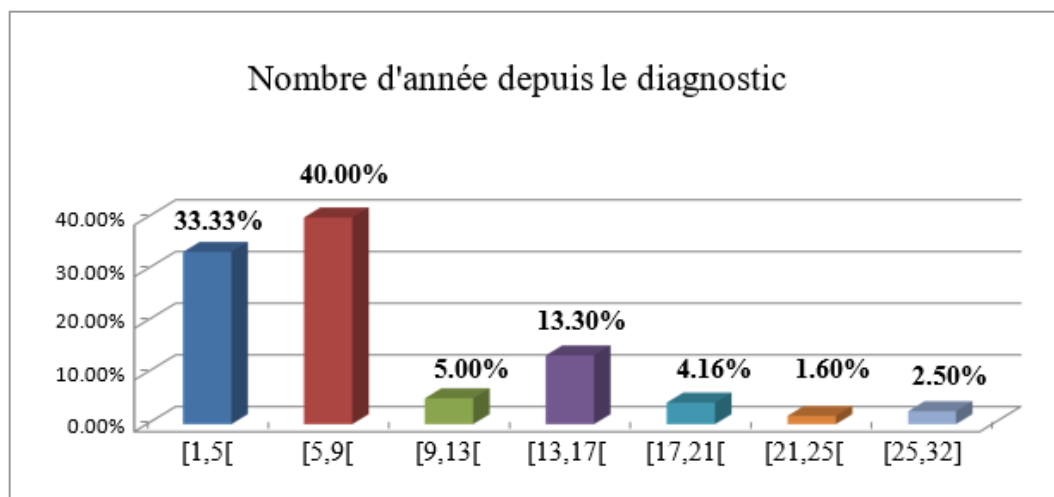


**Figure 16:** Répartition des patients selon le type des MICI

**10.2. Nombre d'années depuis le diagnostic :**

L'ancienneté de la maladie chez la plupart des patients de notre série d'étude était de [5,9[ans soit 40% de la population,

Chez 2,50% des cas, la durée d'évolution de la maladie était plus importante, comprise entre [25,32] ans.



**Figure 17 :** répartition des patients selon le nombre d'année depuis le diagnostic

### 10.3. Les manifestations extra digestives associées :

Les manifestations extra digestives lors du recueil des données étaient représentées essentiellement par la pathologie articulaire chez 55 % de la population, la pathologie oculaire chez 4,17% tandis qu'aucun cas n'avait présenté une manifestation cutanée durant l'évolution de la maladie.

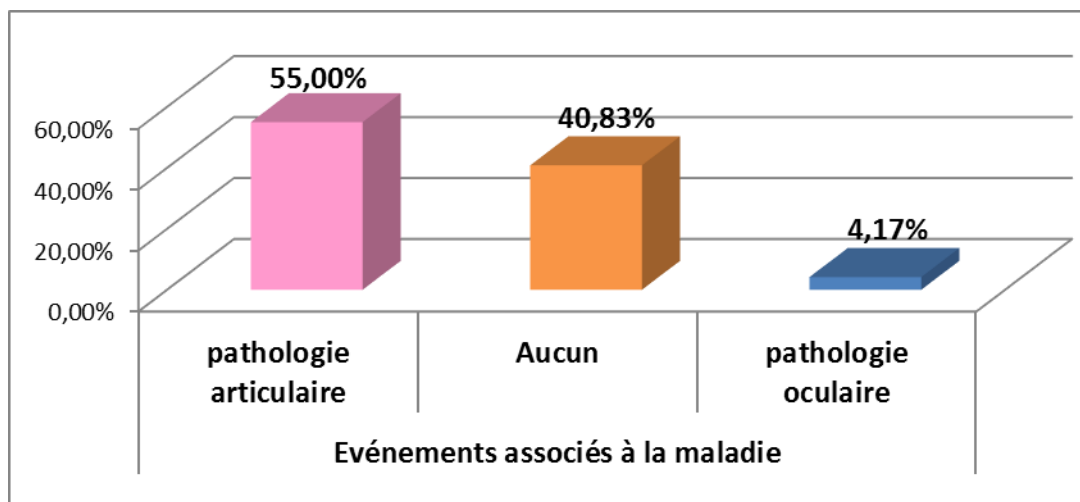


Figure 18 : Répartition des patients selon les événements associés à la maladie.

### 10.4. Nombre de poussée durant la dernière année :

D'après nos résultats 63,3% avaient présenté au moins une seule poussée durant la dernière année.

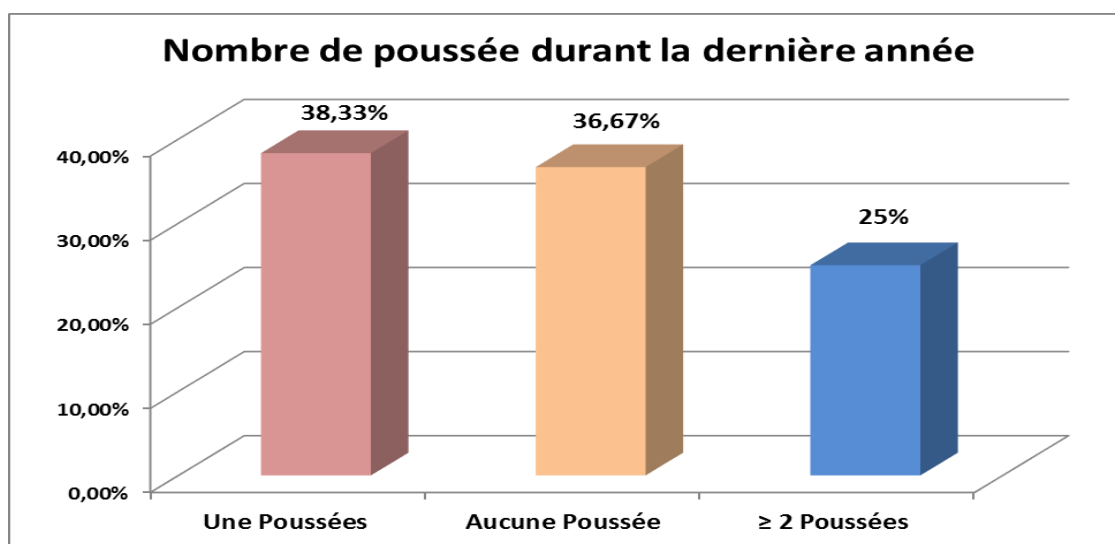
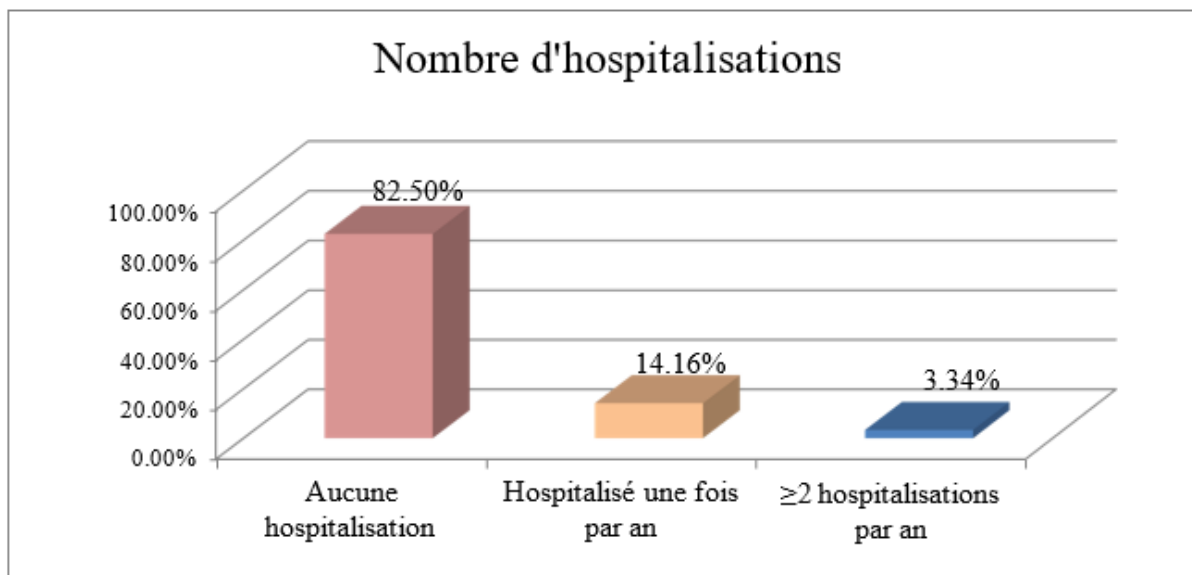


Figure 19 : Répartition des patients selon le nombre de poussée durant la dernière année

**10.5. Nombre d'hospitalisations durant la dernière année :**

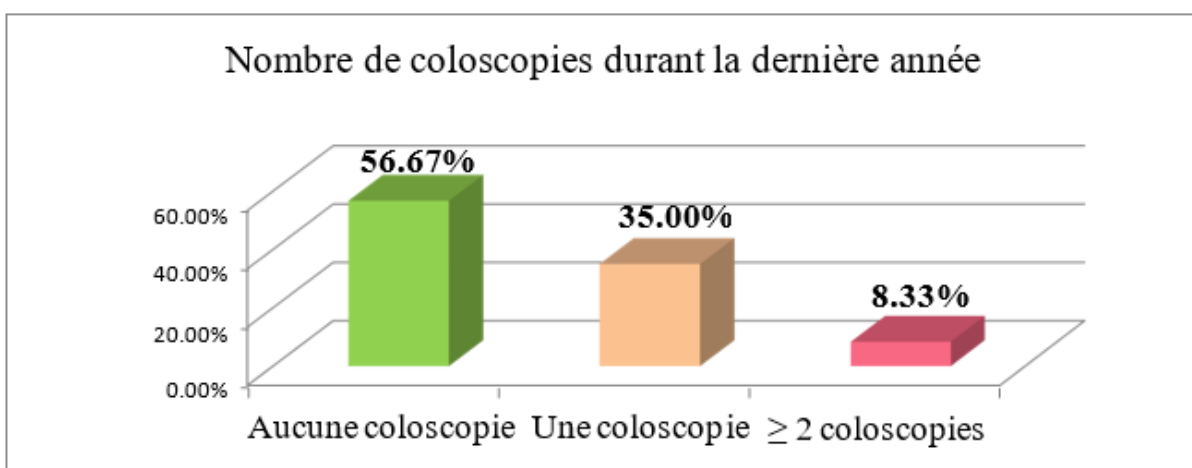
Dans notre série, 17,50% des patients ont été hospitalisés au moins une seule fois durant la dernière année.



**Figure 20 :** répartition des patients selon le nombre d'hospitalisation / an

**10.6. Nombre de coloscopies durant la dernière année :**

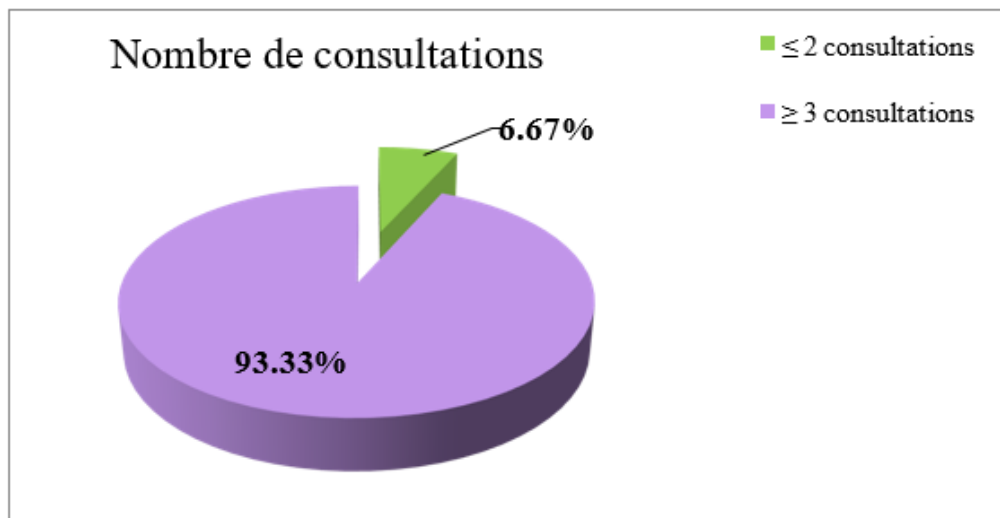
Chez nos patients 43,33% ont eu au moins une seule coloscopie durant les 12 derniers mois.



**Figure 21 :** Répartition des patients selon le nombre de coloscopies durant la dernière année.

**10.7. Nombre de consultations durant la dernière année :**

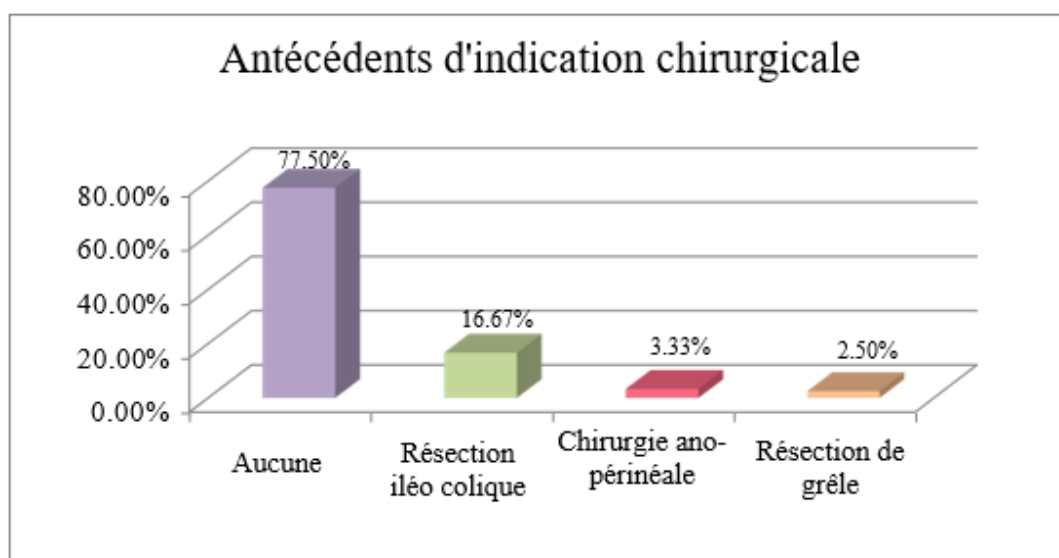
La plupart des patients étudiés avaient consulté  $\geq 3$  fois durant la dernière année soit 93,3 % de la population.



**Figure 22 :** répartition des patients selon le nombre de consultation durant la dernière année

**10.8. ATCD d'indication chirurgicale (Au cours de l'évolution de la maladie) :**

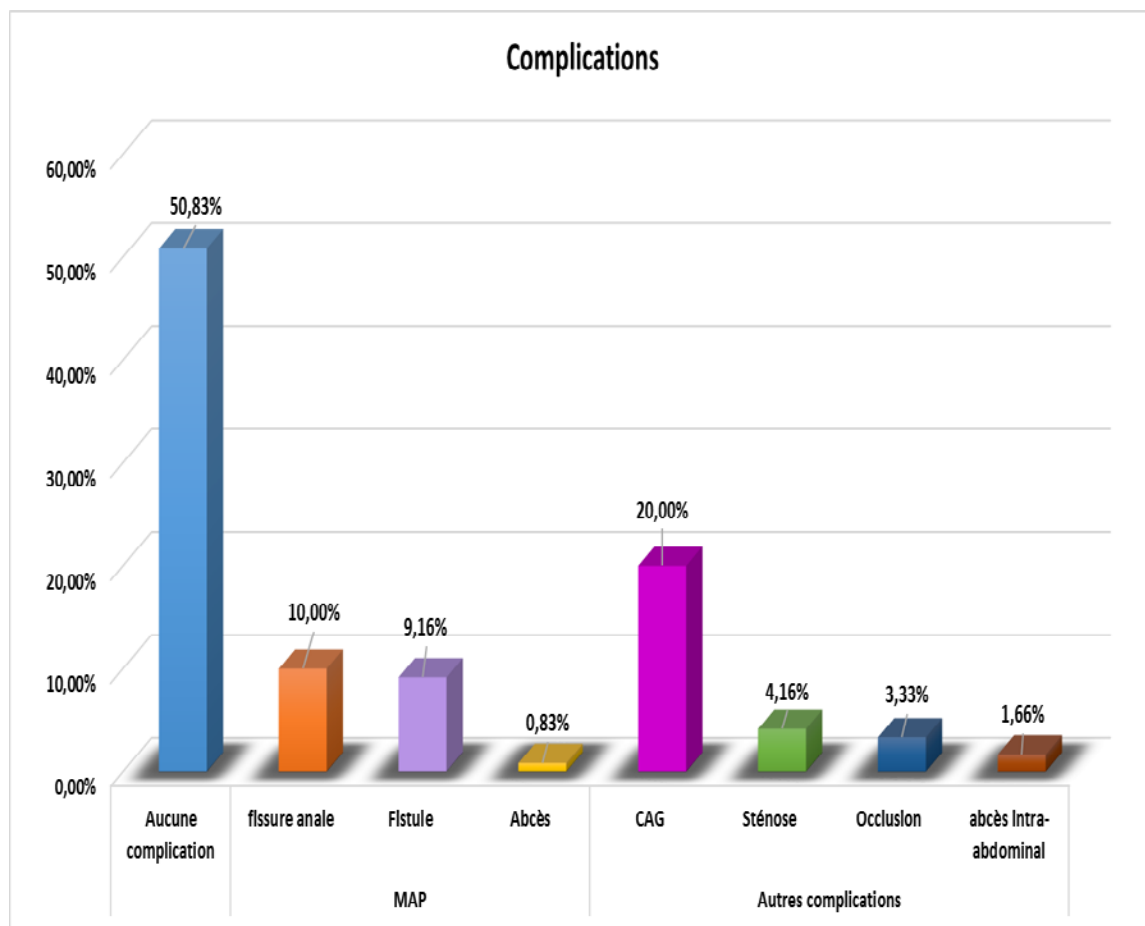
Le recours à la chirurgie après le diagnostic était nécessaire chez 22,5 % des patients la résection iléo colique était l'intervention la plus réalisée (chez 16,67% des cas)



**Figure 23 :** Répartition des patients selon les antécédents d'indication chirurgical.

**10.9. Les complications après le diagnostic :**

49,17% des patients ont présentés au cours de l'évolution de la maladie une complication (CAG, sténose, MAP ...), représentée essentiellement par les colites aiguës graves chez 20% de la population suivi des manifestations Ano-périnéales chez également 20% de la série d'étude.



**Figure 24 : Répartition des patients selon les complications des MICI**

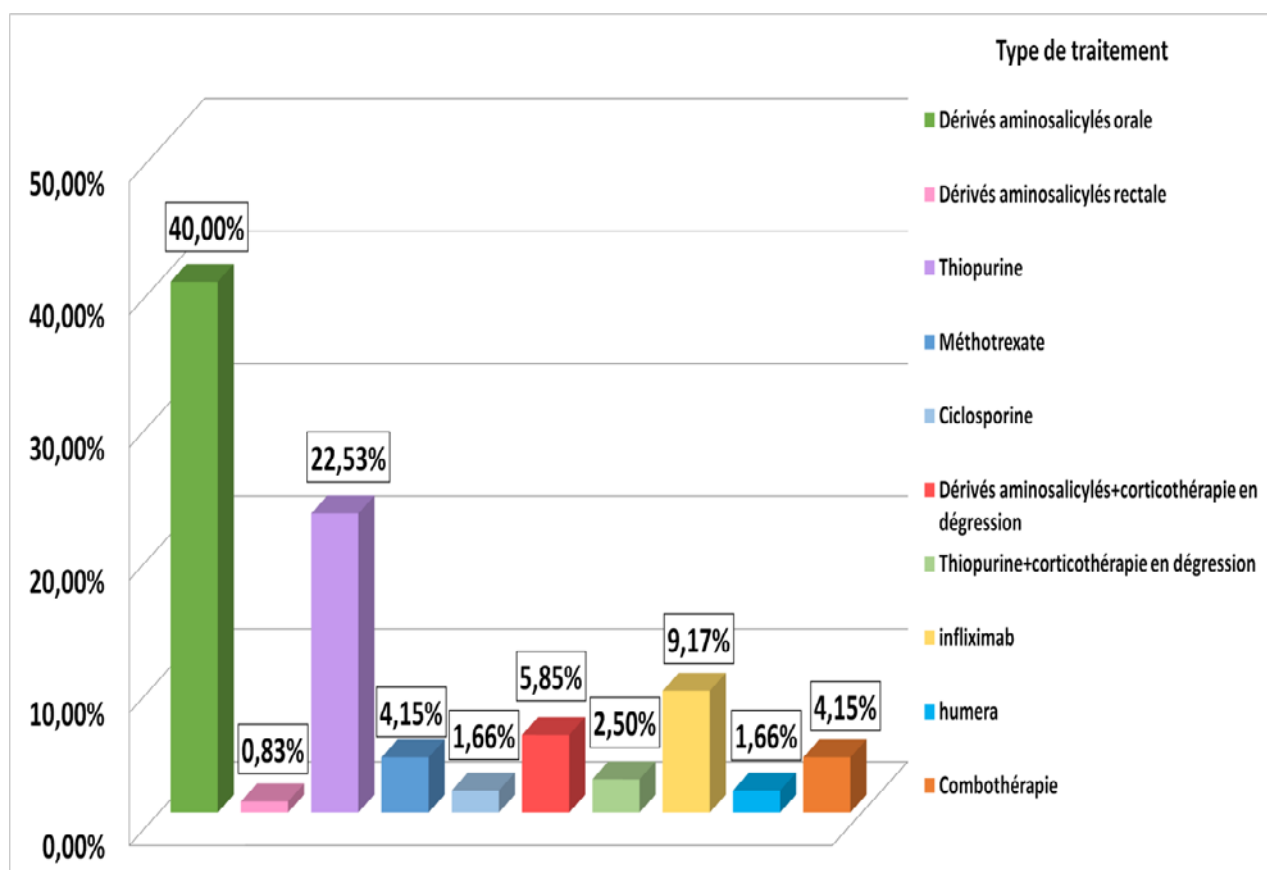
**Tableau III : Tableau récapitulatif des facteurs liés à la maladie**

Les facteurs liés à la maladie		Effectif	Pourcentage		
Types	Crohn	86	71,70%		
	RCH	34	28,30%		
Année depuis le diagnostic	[1,5[	40	33,33%		
	[5,9[	48	40%		
	[9,13[	6	5%		
	[13,17[	16	13,30%		
	[17,21[	5	4,16%		
	[21,25[	2	1,60%		
	[25,32]	3	2,50%		
Événements associés à la maladie	Pathologie articulaire	66	55,00%		
	Aucun	49	40,83%		
	Pathologie oculaire	5	4,17%		
Nombre de poussée durant la dernière année	Une Poussée	46	38,33%		
	Aucune Poussée	44	36,66%		
Nombre d'hospitalisations durant la dernière année	≥ 2 Poussées	30	25%		
	Aucune hospitalisation	99	82,50%		
	une seule fois	17	14,16%		
Nombre de coloscopies durant la dernière année	≥ 2 hospitalisations	4	3,34%		
	aucune coloscopie	68	56,67%		
	une coloscopie	42	35%		
Nombre de consultation durant la dernière année	≤ 2 coloscopie	10	8,33%		
	≤ 2 consultations	8	6,67%		
ATCD d'indication chirurgicale	≥ 3 consultations	112	93,33%		
	Aucune	93	77,50%		
	Résection colique	20	16,67%		
	Résection du grêle	3	2,50%		
Complications	Chirurgie ano-périnéale	4	3,33%		
	Aucune complication	Aucune complication	61	50,83%	
		MAP	Fissure anale	12	10,00%
			Fistule	11	9,16%
	Abcès		1	0,83%	
	Autre complications	CAG	24	20,00%	
		Sténose	5	4,16%	
		Occlusion	4	3,33%	
Abcès intra-abdominal		2	1,66%		

## 11. Traitement :

### 11.1. Type de traitement :

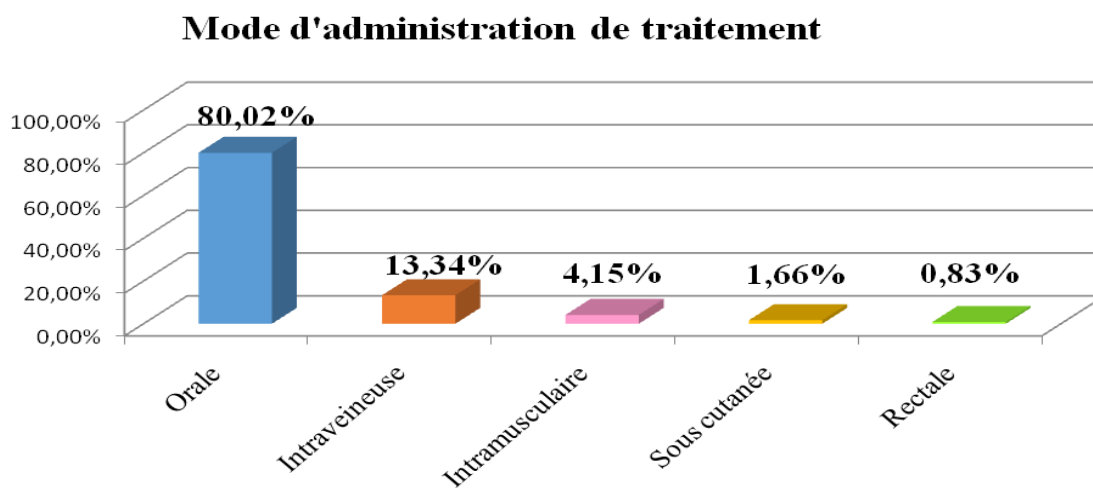
Dans notre série , 40% des patients étaient sous les dérivés aminosalicylés oraux alors qu'un seul cas les recevait par voie rectale , 22,53% étaient sous thiopurine , 4,15% recevaient les méthotrexates , 1,66% étaient sous les ciclosporines , tandis que 5,58% recevaient une bithérapie fait des dérivés amino salicylés et la corticothérapie en dégression , 2,5% étaient sous l'association des thiopurines et la corticothérapie en dégression , 10,83% avaient recours à la biothérapie seule tandis que 4,15% recevaient la combothérapie représentés par le diagramme ci-dessous.



**Figure 25:** Répartition des patients selon le type de traitement.

### 11.2. Mode d'administration :

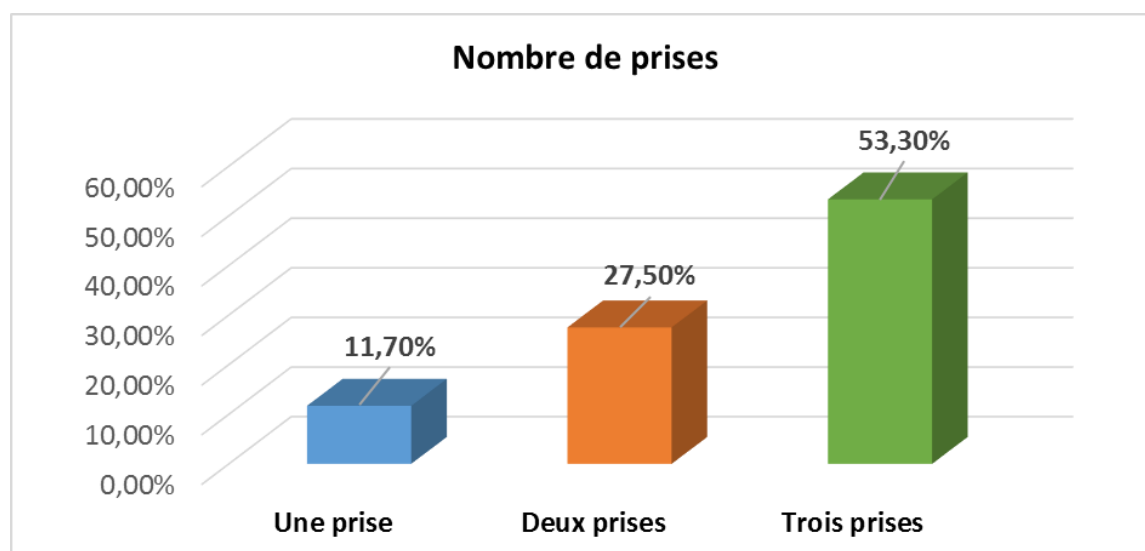
La voie orale représente le mode d'administration le plus répandu dans notre série d'étude soit 80,02% .



**Figure 26 :** répartition des patients selon le mode d'administration.

### 11.3. Nombre de prises de traitement journalière en dehors des méthotrexates et de la biothérapie.

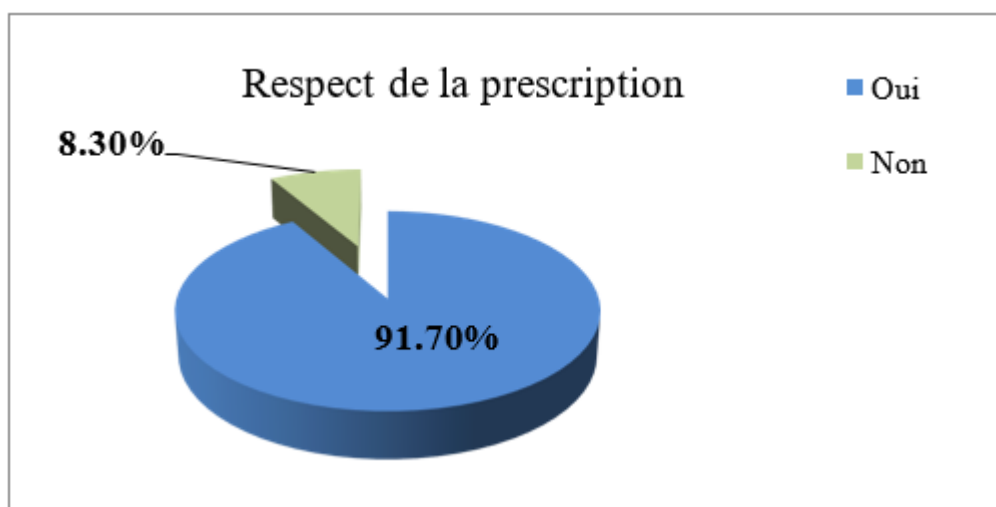
53% de nos patients recevaient 3 prises par jour, versus 12% recevaient au moins une seule prise



**Figure 27:** Répartition des patients selon le nombre de prises de traitement.

#### 11.4. Respect de la prescription :

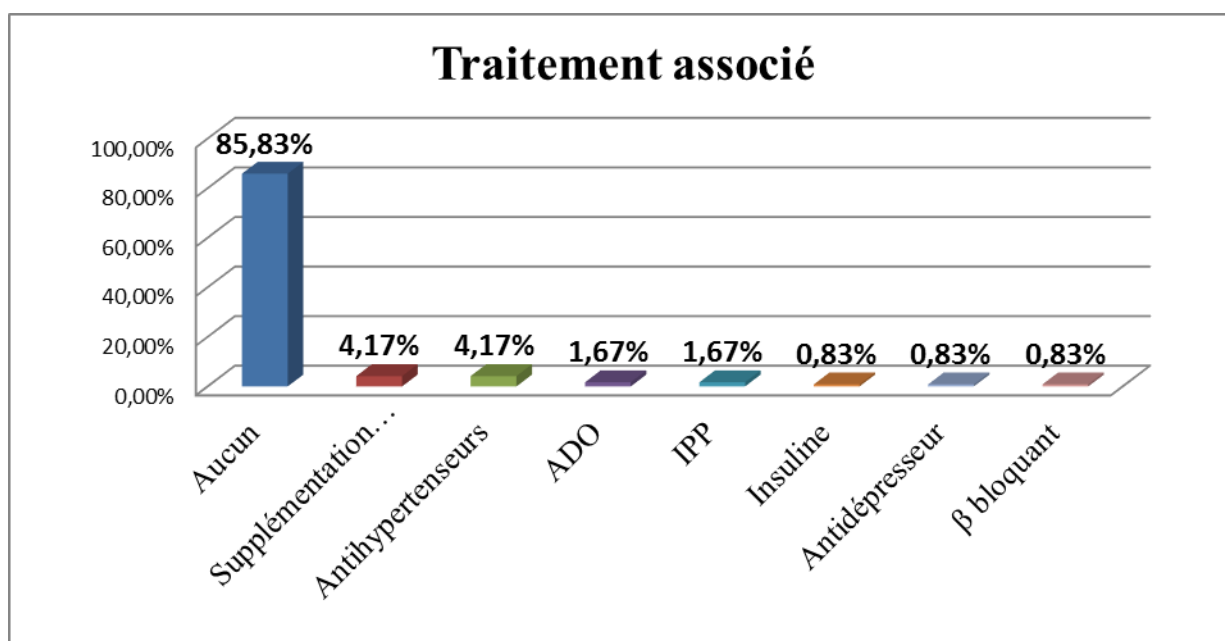
Le respect de la prescription est la règle chez nos patients (près de 92% des cas)



**Figure 28:** Répartition des patients selon le respect de la prescription

#### 11.5. Traitement associé :

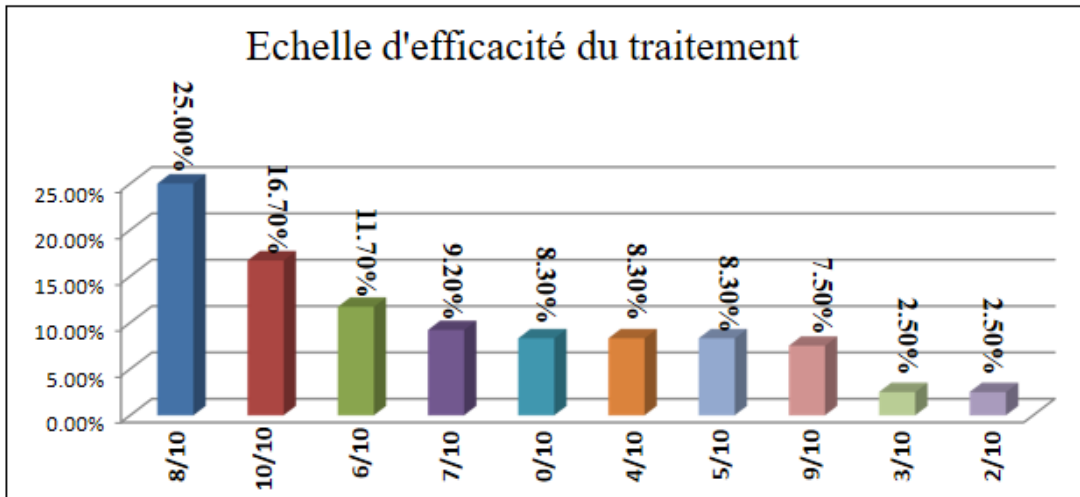
14,17% de la population recevaient un traitement associé en dehors de la prescription classique des MICI, représenté par le diagramme ci-dessous



**Figure 29 :** répartition des patients selon le traitement associé

**11.6. Efficacité du Traitement selon le patient :**

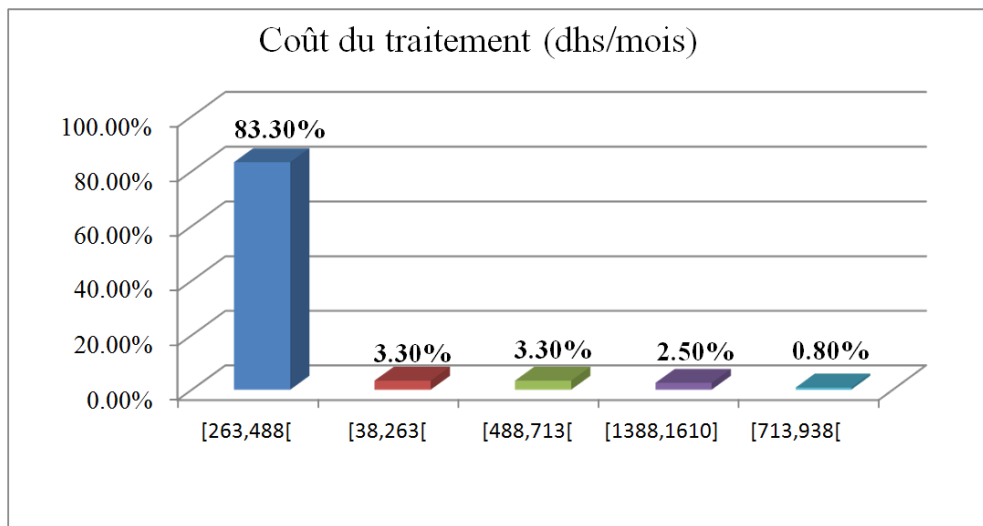
D'après nos résultats 25% de la population valorisaient l'efficacité du traitement à 8/10 selon l'échelle numérique de l'efficacité tandis que 8,3% ne suggéraient aucune efficacité.



**Figure 30:** Répartition des patients selon l'échelle de l'efficacité du traitement

**11.7. Coût de traitement par mois :**

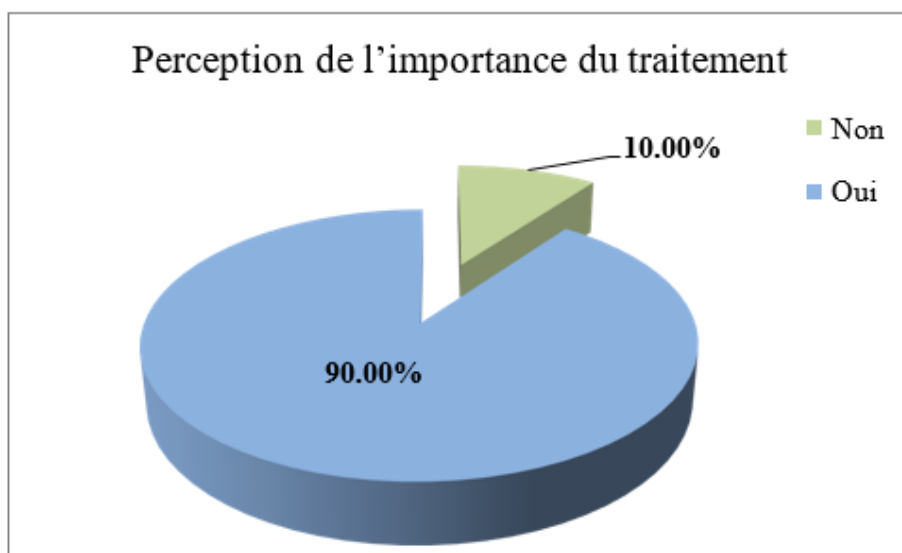
Le diagramme ci-dessous représente la répartition des patients selon les tranches des coûts du traitement dont la tranche la plus prédominante était de [263,488[soit 83,30% de la population.



**Figure 31 :** Répartition des patients selon le coût de traitement par mois

**11.8. Perception de l'importance du traitement :**

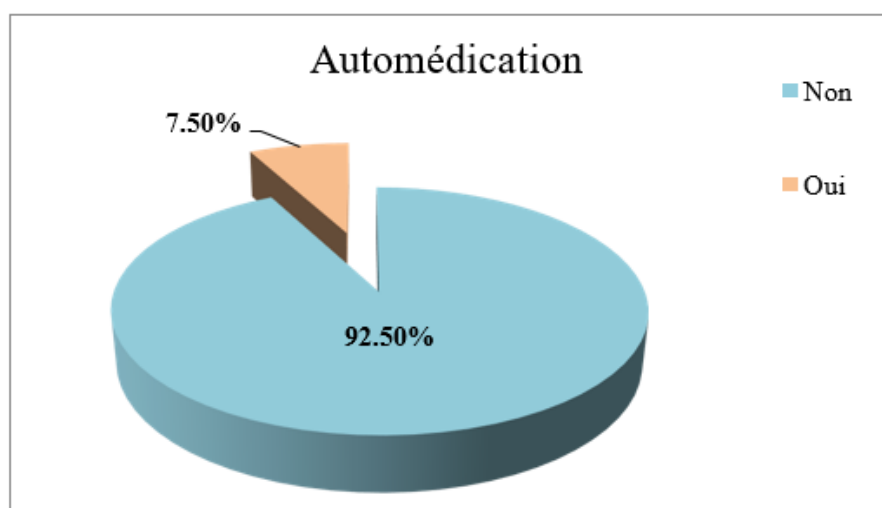
La quasi-totalité de nos patients accordaient une importance à propos du traitement soit 90 % de la population.



**Figure 32 :** Répartition des patients selon la perception d'importance du traitement

**11.9. Automédication durant les 12 derniers mois :**

7,5 % recevaient un traitement hors avis médical représenté essentiellement par la corticothérapie.



**Figure 33 :** Répartition des patients selon l'automédication

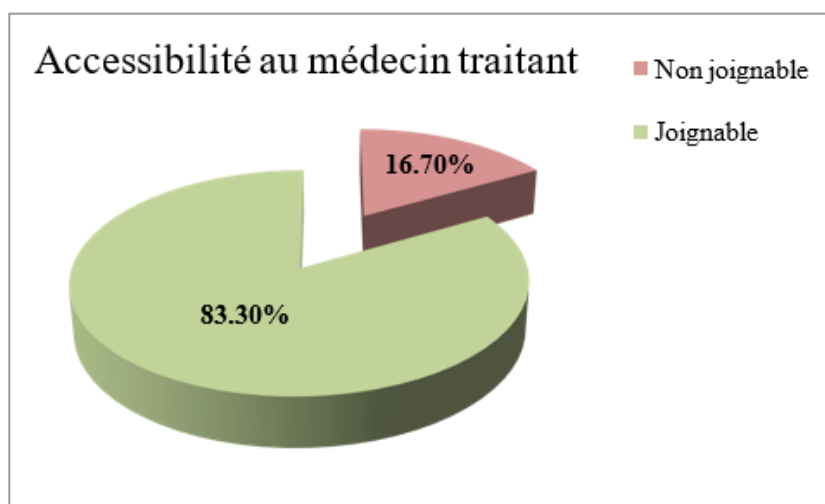
**Tableau IV : Tableau récapitulatif des facteurs liés au traitement**

Facteurs liés au traitement		Effectif	Pourcentage	
Type de traitement	Dérivés aminosalicylés	Orale	48	40,00%
		rectale	1	0,83%
	Thiopurine	27	22,53%	
	Méthotrexate	5	4,17%	
	Ciclosporine	2	1,67%	
	Dérivés aminosalicylés+corticothérapie en dégression	7	5,85%	
	Thiopurine+corticothérapie en dégression	3	2,50%	
	Biothérapie seule	Infliximab	11	9,17%
		Humera	2	1,67%
	Combothérapie	5	4,17%	
Mode d'administration	Orale	96	80,02%	
	Intraveineuse	16	13,34%	
	Intramusculaire	5	4,15%	
	Sous cutanée	2	1,66%	
	Rectale	1	0,83%	
Nombre de prise par jour	Une prise	14	11,70%	
	Deux prises	33	27,50%	
	Trois prises	64	53,30%	
<b>Respect de la prescription</b>		110	91,70%	
Traitement associé	Aucun	103	85,83%	
	Supplémentation en fer	5	4,17%	
	Antihypertenseurs	5	4,17%	
	ADO	2	1,67%	
	IPP	2	1,67%	
	Insuline	1	0,83%	
	Antidépresseur	1	0,83%	
	β bloquant	1	0,83%	
Coût de traitement Dh/mois	[38,263[	4	3,33%	
	[263,488[	100	83,33%	
	[488,713[	4	3,33%	
	[713,938[	1	0,83%	
	[1388,1610]	3	2,50%	
Perception de l'importance du traitement		108	90%	
Automédication		9	7,50%	

## 12. Relation médecin patient

### 12.1. Accessibilité au médecin traitant

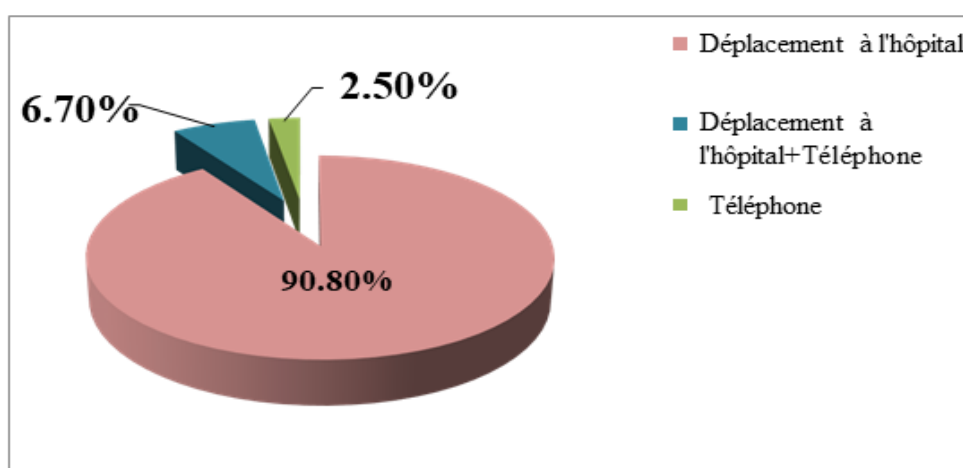
La majorité des patients jugeaient facile l'accès à leur médecin soit 83,3% de la population.



**Figure 34 :** répartition des patients selon l'accessibilité au médecin traitant

### 12.2. Mode de communication :

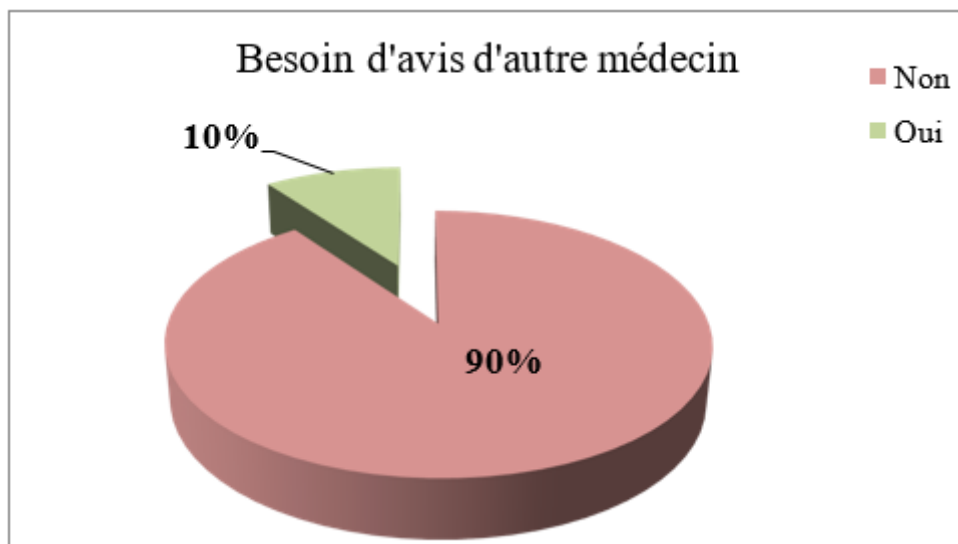
D'après nos résultats la quasi - totalité des patients avaient besoin de se déplacer à l'hôpital (90,8%) pour régler leurs problèmes tandis qu'une minorité de 2,5% étaient capable de communiquer par Tel avec leurs médecins traitants.



**Figure 35:** Répartition des patients selon le mode de communication

### 12.3. Besoin d'avis d'autre médecin :

On a noté une satisfaction chez la majorité des patients interrogés soit 90% de la population.



Figur36 : Répartition des patients selon le besoin d'avis d'autre médecin

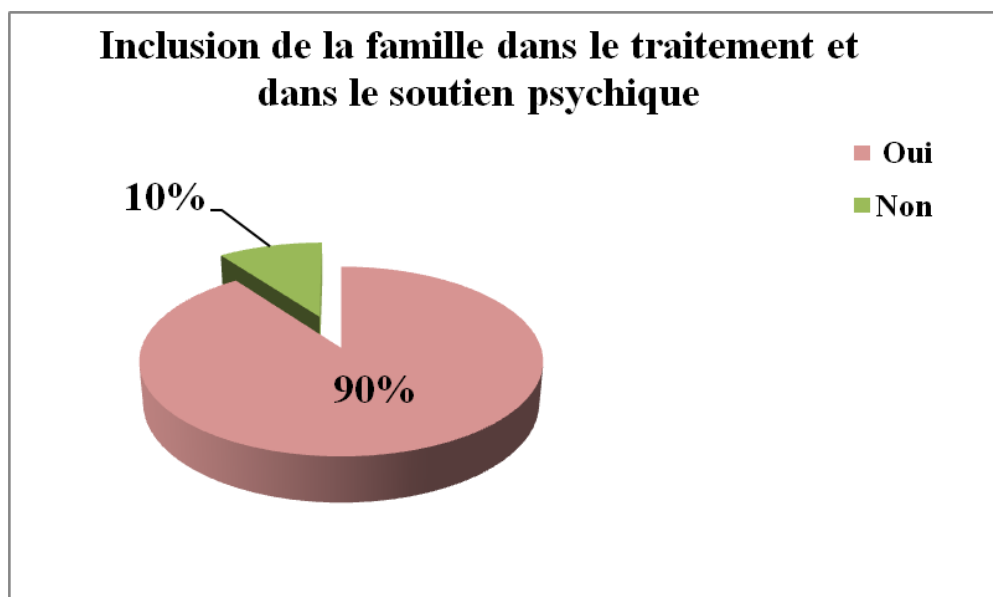
Tableau V : Tableau récapitulatif des facteurs liés au système de soins

Facteurs liés au système de soins		Effectif	Pourcentage
Accessibilité au médecin traitant	Non joignable	20	16,70%
	Joignable	100	83,30%
Mode de communication	Déplacement à l'hôpital	109	90,80%
	Déplacement à l'hôpital+Téléphone	8	6,70%
	Téléphone	3	2,50%
Besoin d'avis d'autre médecin		12	10%

## 13. Relation famille-patient

- Inclusion de la famille dans le traitement et dans le soutien psychique du patient :

La majorité des patients de l'étude bénéficiaient d'un soutien familial soit 90% de l'échantillon

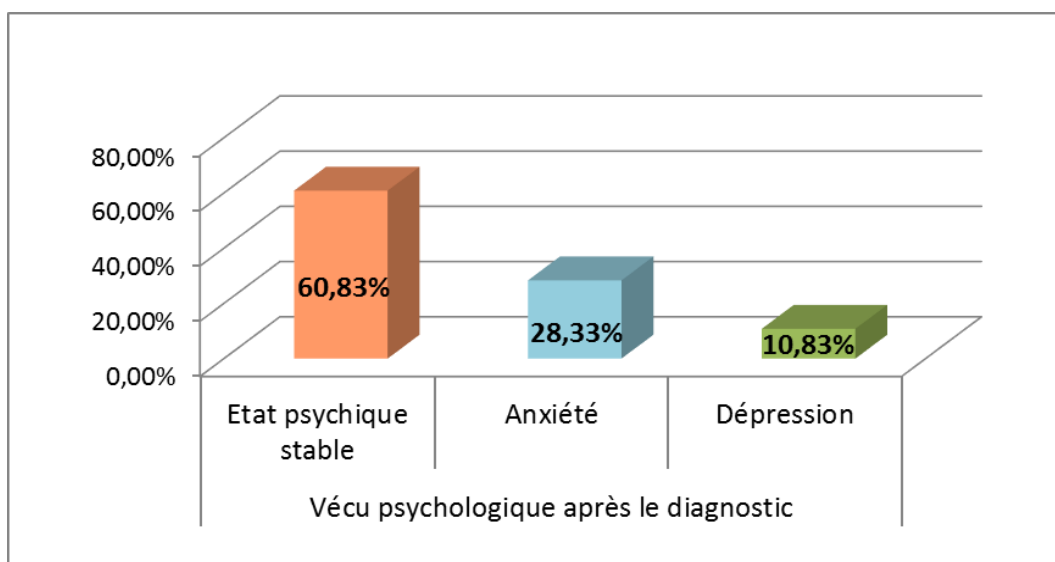


**Figure 37 :** Répartition des patients selon l'inclusion de la famille dans le traitement et soutien psychique

### 13.1. Patient

#### a. Vécu psychologique durant la dernière année :

Selon l'échelle d'Hamilton, 28,33% de notre série étaient anxieux, versus 10% présentait une dépression évoluant plus de deux semaines.



**Figure 38:** Répartition des patients selon Vécu psychologique après le diagnostic

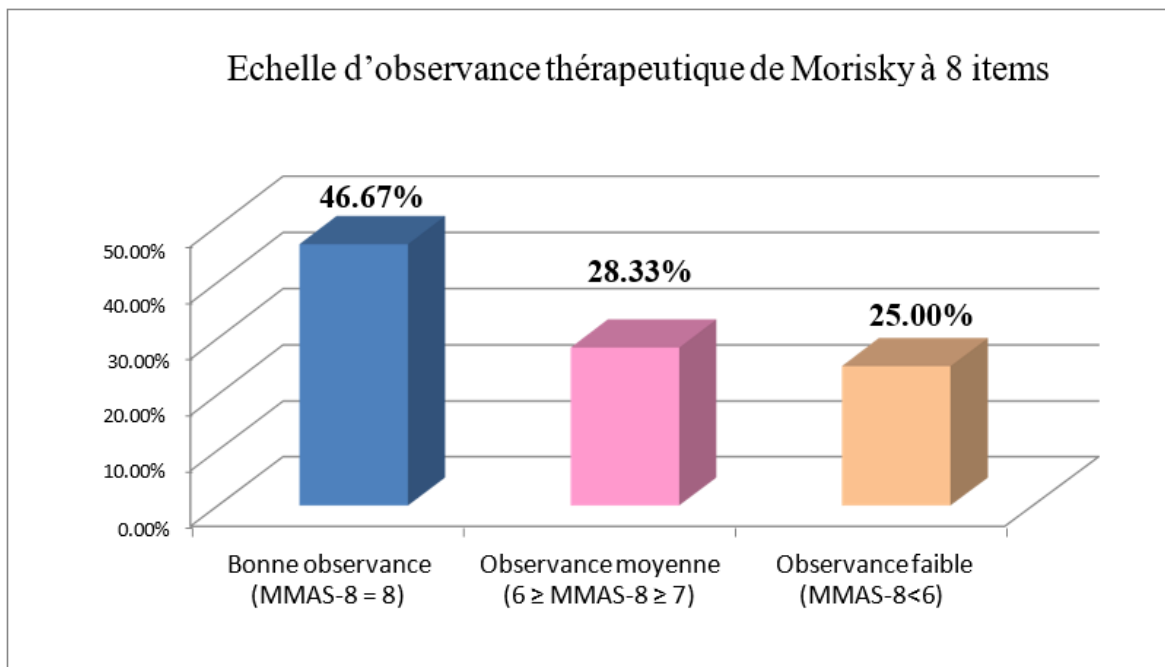
## 14. Le taux d'observance thérapeutique (selon Morisky)

### 14.1. Echelle d'observance thérapeutique

Dans notre série d'étude les observants étaient majoritaires soit 46,7 %.

28,30% représente les patients d'observance moyenne.

25% de la population représente les faibles observants.



**Figure 39** : Répartition des patients selon l'échelle d'observance thérapeutique de Morisky

## 15. Causes d'abandon depuis le diagnostic

Dans notre série d'étude 29,17% des patients avaient mentionné un abandon antérieur du traitement, dont le manque de moyen représentait la cause principale.

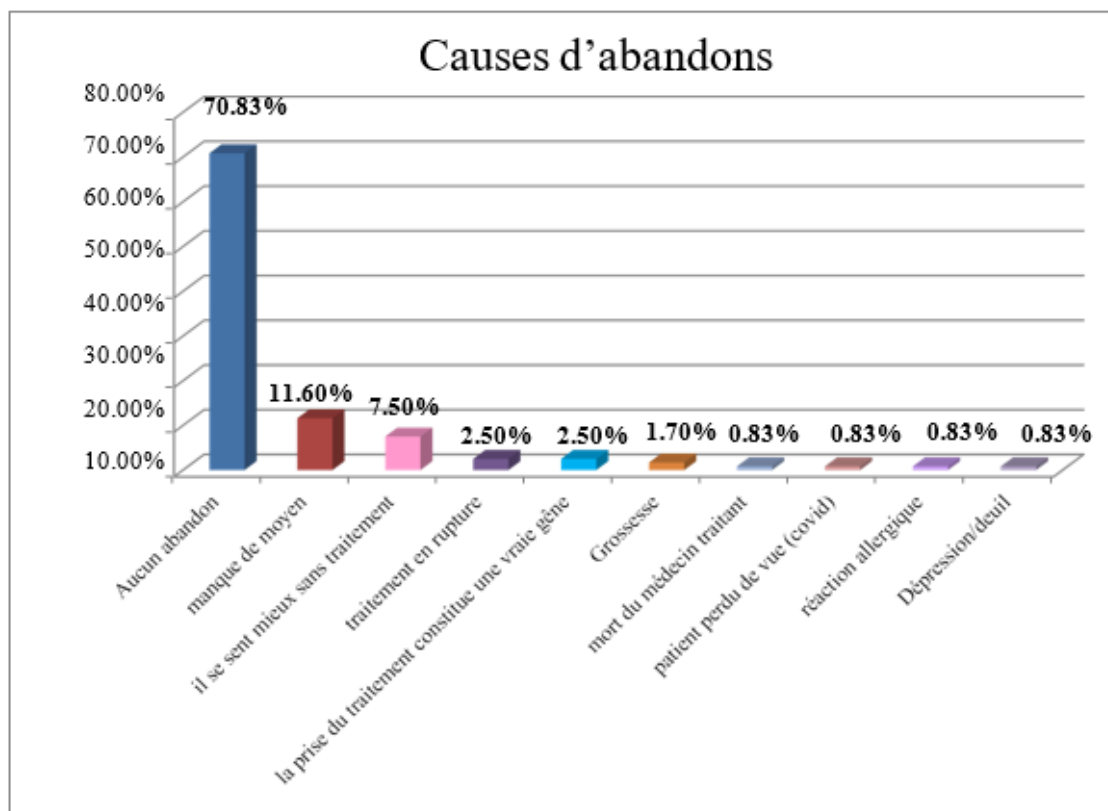


Figure 40 : Répartition des patients selon la cause d'abandon.

Tableau VI : Tableau récapitulatif des facteurs liés à l'observance thérapeutique

Facteurs liés à l'observance thérapeutique		Effectif	Pourcentage
Echelle d'observance thérapeutique de Morisky à 8 items	Bonne observance (MMAS-8 = 8)	56	46,67%
	Observance moyenne (6 ≥ MMAS-8 < 7)	34	28,33%
	Observance faible (MMAS-8 < 6)	30	25,00%
Causes d'abandon du Traitement	Aucun abandon	85	70,83%
	manque de moyen	14	11,60%
	il se sent mieux sans traitement	9	7,50%
	traitement en rupture	3	2,50%
	la prise du traitement constitue une vraie gêne	3	2,50%
	Grossesse	2	1,70%
	mort du médecin traitant	1	0,83%
	patient perdu de vue (Covid )	1	0,83%
	réaction allergique	1	0,83%
	Dépression/deuil	1	0,83%

## **II. Analyse bi variée :**

L'analyse bi-variée a permis d'étudier la corrélation entre différents facteurs socio-démographiques, antécédents, facteurs liés à la maladie, liés au système de santé, liés au traitement et l'observance thérapeutique de nos patients.

### **1. Analyse bi variée des variables qualitatives (Tableaux VII, VIII, IX, X, XI, XII)**

D'après nos résultats, il existe une corrélation significative entre l'observance et les variables qualitatives suivantes :

- Le sexe ( $p=0.005$ ).
- Le revenu mensuel ( $p<0.001$ )
- La perception de l'importance du traitement( $p<0.001$ ).
- L'accessibilité au médecin traitant ( $p=0.001$ ).
- Le mode de communication( $p=0.036$ ).
- L'inclusion de la famille dans le traitement( $p<0.001$ ).

Il n'existe pas de corrélation entre l'observance thérapeutique et :

- Le statut marital
- La couverture sociale
- Le niveau d'étude
- La profession
- Le lieu d'habitat
- Les antécédents
- Les facteurs liés à la maladie (type des MICI, événements extradiigestifs associés, antécédent d'indication chirurgicale, complications)
- Le traitement et son mode d'administration

**Tableau VII : Tableau récapitulatif du taux d'observance thérapeutique selon le statut sociodémographique et économique.**

Facteurs susceptibles d'influencer l'observance thérapeutique		Observant	Non observant	khi-carré de Pearson (bilatérale)
				P value
Sexe	M	31,1%	60,0%	<b>0,005</b>
	F	68,9%	40,0%	
Statut marital	Marié(e)	73,3%	56,7%	0,155
	Célibataire	22,2%	40,0%	
	Divorcé(e)	1,1%	3,3%	
	Veuf/veuve	3,3%	0%	
Couverture sociale	Mutualiste	16,7%	6,7%	0,325
	Ramediste	82,2%	93,3%	
	Sans couverture	1,1%	0%	
Niveau d'étude	Analphabète	38,9%	36,7%	0,501
	Primaire	31,1%	20,0%	
	Secondaire	16,7%	26,7%	
	Universitaire	13,3%	16,7%	
Rendement mensuel	Bas	90,0%	90,0%	<b>&lt;0.001</b>
	Moyen	8,9%	6,7%	
	Elevé	1,1%	3,3%	
Profession	Sans profession	84,4%	70,0%	0,163
	Salarié	5,6%	6,7%	
	Profession libérale	10,0%	23,3%	
Lieu d'habitat	Rural	28,9%	30,0%	0,908
	Urbain	71,1%	70,0%	

**Tableau VIII : Tableau récapitulatif des taux d'observance thérapeutique selon les facteurs lié aux antécédents.**

Facteurs susceptibles d'influencer l'observance thérapeutique			Observant	Non observant	khi-carré de Pearson (bilatérale)
					P value
Antécédents personnels	Antécédents médicaux	Aucun	84,40%	93,30%	0,580
		HTA	4,40%	3,30%	
		Diabète	3,30%	0,00%	
		Gastrite	1,10%	0,00%	
		Dépression	2,20%	0,00%	
		Hépatite	1,10%	0,00%	
		Goitre	2,20%	0,00%	
		Pancréatite	0,00%	3,30%	
	TBk	1,10%	0,00%		
	Antécédents de chirurgie digestive	Oui	14,40%	10,00%	0,535
		Non	85,60%	90,00%	
Antécédents de Tabagisme	Non tabagique	92,20%	90,00%	0,712	
	Tabagique	6,70%	6,70%		
	Tabagisme passif	1,10%	3,30%		
Antécédents familiaux	Antécédents des MICI dans la famille	Oui	5,60%	6,70%	0,822
		Non	94,40%	93,30%	

**Tableau IX : Tableau récapitulatif des taux d'observance thérapeutique selon les facteurs liés à la maladie.**

Facteurs susceptibles d'influencer l'observance thérapeutique		Observant	Non observant	khi-carré de Pearson (bilatérale)	
				P value	
Type des MICI	Crohn	75,60%	60,00%	0,102	
	RCH	24,40%	40,00%		
Evénements associé à la maladie	Pathologie articulaire	52,20%	63,30%	0,324	
	Aucun	44,40%	30,00%		
	Pathologie oculaire	3,30%	6,70%		
ATCD d'indication chirurgicale	Aucune	76,70%	80,00%	0,452	
	Résection colique	17,80%	13,30%		
	Résection de grêle	3,30%	0,00%		
	chirurgie ano-périnéale	2,20%	6,70%		
Complications	<b>Aucune complication</b>		46,70%	63,30%	0,548
	MAP	fissure anale	12,20%	3,30%	
		Fistule	8,90%	10,00%	
		Abcès	1,10%	0,00%	
	Autres complications	CAG	21,10%	16,70%	
		Sténose	5,60%	0,00%	
		Occlusion	3,30%	3,30%	
		abcès intra-abdominal	1,10%	3,30%	

**Tableau X : Tableau récapitulatif des taux d'observance thérapeutique selon les facteurs liés au traitement.**

Facteurs liés au traitement			Observant	Non observant	khi-carré de Pearson (bilatérale)
					P value
Type de traitement	Dérivés aminosalicylés	orale	42,20%	33,30%	0,134
		rectale	1,10%	0,00%	
	Thiopurine		25,60%	13,30%	
	Méthotrexate		5,60%	0,00%	
	Ciclosporine		1,10%	3,30%	
	Dérivés aminosalicylés +corticothérapie en dégression		6,70%	3,30%	
	Thiopurine+corticothérapie en dégression		2,20%	3,30%	
	Biothérapie seule	infiximab	7,80%	13,30%	
		humera	2,20%	0,00%	
Combothérapie		5,60%	0,00%		
Mode d'administration	Orale		77,80%	86,70%	0,142
	Intraveineuse		15,60%	6,70%	
	Intramusculaire		5,60%	0,00%	
	Sous cutanée		1,10%	3,30%	
	Rectale		0,00%	3,30%	
Respect de la prescription	Patients respectant la prescriptions		91,10%	93,30%	0,703
	Patients ne respectant pas la prescriptions		8,90%	6,70%	
Traitement associé	Aucun		83,30%	93,30%	0,128
	Supplémentation en fer		5,60%	0,00%	
	Antihypertenseurs		5,60%	0,00%	
	ADO		2,20%	0,00%	
	IPP		2,20%	0,00%	
	Antidépresseurs		0,00%	3,30%	
	Insuline		1,10%	0,00%	
	β bloquant		0,00%	3,30%	
Perception de l'importance du traitement	Oui		97,80%	70,00%	<0,001
	Non		2,20%	30,00%	
Automédication	Oui		5,60%	13,30%	0,161
	Non		94,40%	86,70%	

**Tableau XI : Tableau récapitulatif des taux d'observance thérapeutique selon les facteurs liés au système de santé**

Facteurs susceptibles d'influencer l'observance thérapeutique		Observant	Non observant	khi-carré de Pearson (bilatérale)
				P value
Accessibilité au médecin traitant	Joignable	90,00%	63,30%	<b>0,001</b>
	Non joignable	10,00%	36,70%	
Mode de communication	Déplacement à l'hôpital	94,40%	80,00%	<b>0,036</b>
	Déplacement à l'hôpital+Téléphone	3,30%	16,70%	
	Téléphone	2,20%	3,30%	
Besoin d'avis d'autre médecin	Patients avaient besoin d'avis d'autre médecin	8,90%	13,30%	0,482
	Patients n'avaient pas besoin d'avis d'autre médecin	91,10%	86,70%	

**Tableau XII : Tableau récapitulatif des taux d'observance thérapeutique selon les facteurs liés au patient.**

Facteurs lié au patients		observant	non observant	khi-carré de Pearson (bilatérale)
				P value
Inclusion de la famille dans le traitement	Famille inclus dans le traitement	97,8%	66,7%	<b>&lt;0,001</b>
	Famille n'est pas inclus dans le traitement	2,2%	33,3%	
Vécu psychologique après le diagnostic	Etat psychique stable	58,90%	66,70%	0,636
	Anxiété	28,90%	26,70%	
	Dépression	12,20%	6,70%	

## **2. Analyse bi variée des variables quantitatives :**

Il existe une corrélation significative entre l'observance et les variables quantitatives suivantes :

- Le nombre d'hospitalisation durant la dernière année( $p=0.028$ )
- Le nombre de consultation durant la dernière année( $p=0.008$ )
- Le nombre de prise par jour( $p=0.001$ )
- Le coût de traitement( $p<0.001$ )

Il n'existe pas de corrélation entre l'observance thérapeutique et :

- Le nombre d'enfant
- Les facteurs liés à la maladie (Année depuis le diagnostic, nombre de poussée, de coloscopies)

Nous représentons dans le tableau XIII les résultats de l'analyse bi-variée entre l'observance thérapeutique et les différents facteurs quantitatives ci-dessus.

**Tableau XIII : Tableau récapitulatif des taux d'observance thérapeutique selon les facteurs quantitatives.**

Facteurs susceptibles d'influencer l'observance thérapeutique		Observant	Non observant	P value.	Odds ratio	Intervalle de confiance 95% pour Odds ratio	
						Inf	Sup
Age	[17,24[	8,90%	13,30%	0,224	0,736	0,448	1,207
	[24,31[	11,10%	20,00%				
	[31,38[	25,60%	26,70%				
	[38,45[	14,40%	20,00%				
	[45,52[	18,90%	10,00%				
	[52,59[	13,30%	3,30%				
	[59,66[	4,40%	3,30%				
	[66,69]	3,30%	3,30%				
Nombre d'enfant	Sans enfants	25,60%	46,70%	0,698	1,281	0,367	4,468
	entre 1 et 3 enfants	56,70%	36,70%				
	entre 4 et 7 enfants	16,70%	16,70%				
	plus que 7 enfants	1,10%	0,00%				
Nombre d'année depuis le diagnostic	[1,5[	35,60%	26,70%	0,511	1,202	0,694	2,084
	[5,9[	35,60%	53,30%				
	[9,13[	15,60%	6,70%				
	[13,17[	4,40%	6,70%				
	[17,21[	5,60%	0,00%				
	[21,25[	2,20%	0,00%				
	[25,32]	1,10%	6,70%				
Nombre de poussées durant la dernière année	Une poussée	33,30%	53,30%	0,622	0,686	0,154	3,062
	Aucune poussée	41,10%	23,30%				
	≥ 2 Poussées	25,60%	23,30%				

**Tableau XIII : Tableau récapitulatif des taux d'observance thérapeutique selon les facteurs quantitatives.**

Facteurs susceptibles d'influencer l'observance thérapeutique		Observant	Non observant	P value.	Odds ratio	Intervalle de confiance 95% pour odds ratio	
						Inf	Sup
Nombre d'hospitalisations	Aucune hospitalisation	80,00%	90,00%	<b>0,028</b>	0,036	0,002	0,697
	Hospitalisé une fois par an	17,80%	3,30%				
	≥ 2 Hospitalisations par an	2,20%	6,70%				
Nombre de coloscopies	Aucune coloscopie	53,30%	66,70%	0,429	2,454	0,266	22,663
	Une coloscopie	37,80%	26,70%				
	≤ 2 coloscopie	8,90%	6,70%				
Nombre de consultation durant la dernière année	≤ 2 consultations	2,20%	20,00%	<b>0,008</b>	0,072	0,01	0,508
	≥ 3 consultations	97,80%	80,00%				
Nombre de prises par jour	Une prise	12,20%	10,00%	<b>0,001</b>	11,285	2,819	45,175
	Deux prises	31,10%	16,70%				
	Trois prises	56,70%	43,30%				
	En arrêt de traitement	0,00%	30,00%				
Coût de traitement	[38,263[	3,30%	3,30%	<b>&lt;0,001</b>	6,348	2,495	16,153
	[263,488[	88,90%	63,30%				
	[488,713[	4,40%	0,00%				
	[713,938[	1,10%	0,00%				
	[1388,1610]	2,20%	3,30%				

# *DISCUSSION*



## I. GENERALITE

La santé est une valeur primordiale dans toutes sociétés, elle détermine la qualité de vie des individus et contribue positivement au développement économique et social des pays, en conséquent la préserver et la protéger demeure un devoir sacré.

Le droit et la tradition médicale imposent traditionnellement aux médecins des obligations de compétences, de diligences et de prudences. Néanmoins, l'évolution des pratiques médicales a progressivement introduit la notion de « responsabilité des patients. ». (12)

Ceci nous a amené donc, dans ce travail à traiter l'observance thérapeutique de nos patients.

Plusieurs termes sont alors utilisés pour qualifier le fait de suivre correctement les prescriptions du médecin traitant ainsi que les conseils diététiques, parfois ces termes sont utilisés comme des synonymes, qui comportent certaines nuances. (5)

– **L'observance** : C'est l'action de pratiquer fidèlement une règle en matière de religion. En Littéraire c'est l'action d'obéir à une habitude, de se conformer à un modèle, à une coutume, selon Le dictionnaire de Larousse (13). Rappelons la définition qu'on a retenu : L'observance thérapeutique englobe l'observance du traitement médicamenteux, l'observance au suivi médical en général, l'observance des règles hygiéno-diététiques (14), et surtout que l'observance thérapeutique n'est pas uniquement médicamenteuse mais c'est la plus étudiée et a fait l'objet de notre étude consacrée à l'observance des patients MICI.

Dans la même voie une étude réalisée par Simpson en 2006, montre que la bonne observance d'un médicament quel que soit son principe actif ou inactif (placebo) , améliore la qualité de vie en améliorant l'observance hygiéno-diététique et l'observance du suivi thérapeutique.(15)

– **La compliance** est définie par : « le degré de respect ou d'écart entre les prescriptions et les pratiques du patient en terme de santé » en français, il est traduit par celui d'observance. (16)

- **L'adhésion ou « Adhérence »** se définit comme un comportement adapté et actif de la part du patient qui œuvre à atteindre les objectifs thérapeutiques définis conjointement entre le patient et le professionnel, elle sous-entend que le traitement a été négocié entre le médecin et le patient, qu'il a été prescrit au moment adéquat, et que le patient le suivra de façon satisfaisante à long terme. (17)
- **L'alliance thérapeutique** est un concept qui a été longtemps appliqué au cadre de la psychothérapie et de la relation d'aide, avant d'être transposé au domaine des pathologies somatiques. Son intérêt est majeur dans une affection chronique, initialement silencieuse, comme les MICI, impliquant une relation médecin-malade basée sur une confiance réciproque et une capacité d'écoute mutuelle, ainsi qu'un accord sur les objectifs thérapeutiques et les moyens d'y parvenir. (18)

## **II. LES MOYENS DE MESURES DE L'OBSERVANCE THERAPUTIQUE**

Les méthodes utilisées pour mesurer l'observance sont très diverses, mais on peut les diviser en deux : les méthodes directes et indirectes :

### **1. Les méthodes directes :**

- **Les dosages plasmatiques ou urinaires des médicaments ou de leurs métabolites :** Ces dosages ne sont possibles que pour une faible proportion de traitements. Par ailleurs, ils reflètent surtout la prise récente, et ont pour inconvénients d'être onéreux et invasifs. De plus, il existe une variabilité intra- et interindividuelle des concentrations plasmatiques médicamenteuses. (19)
- **Les marqueurs cliniques ou biologiques de l'efficacité des médicaments :** Les inconvénients sont très proches de ceux rencontrés lors de l'utilisation du dosage de concentrations médicamenteuses. Initialement, la fonction première de ces dosages n'était pas de vérifier l'observance du patient, mais d'adapter la posologie du traitement. (20)

- La surveillance directe de la prise médicamenteuse : Cette méthode est fiable mais impraticable en ambulatoire. (20)

## **2. Les méthodes indirectes :**

- Le décompte des comprimés restants : Cette méthode, à priori simple, n'est pas très sensible, le patient pouvant manipuler les comprimés. De plus, elle installe un climat de suspicion, le patient voyant sa parole mise en doute. Cependant, elle semble être une meilleure méthode d'évaluation de l'observance par rapport au contrôle du renouvellement d'ordonnances ou les contrôles quotidiens faits par les patients. (21)
- L'entretien direct avec le patient : C'est une méthode simple, mais très dépendante de la manière dont les questions sont posées. Ainsi, l'habileté de l'interviewer à établir un climat de confiance, et à questionner le patient, sans émettre de jugement, conditionnera l'objectivité des réponses. Cette méthode peut donc sous-estimer de façon importante la mauvaise observance. Cependant, quand l'interrogatoire est effectué dans un climat de confiance, et centré sur les difficultés du patient, il constitue le premier pas vers une amélioration de l'observance. (22)
- Les questionnaires patients : Cette méthode implique aussi une certaine objectivité du patient vis-à-vis de sa prise médicamenteuse. Les questions doivent donc être les plus neutres possible, et adaptés aux différentes pathologies. (23)
- Le contrôle des renouvellements d'ordonnances : Cette méthode nécessite une étroite collaboration entre médecins et pharmaciens. Par ailleurs, cette méthode ne reflète que le paramètre « achat du traitement prescrit ». (19)
- Les piluliers électroniques : Ils permettent de savoir la date et l'heure de chaque ouverture du pilulier. Ils ont pour inconvénients de ne pas renseigner sur la véritable prise (l'ouverture du pilulier n'étant pas synonyme de prise du médicament) et d'être inadaptés aux traitements multiples. De plus, ils coûtent très chers et donc ne sont

utilisés que lors des essais cliniques. Cependant, leur utilisation comme méthode de référence peut aider, dans certaines situations délicates, à mettre en évidence une mauvaise observance. (24)

En résumé, aucune méthode n'est idéale pour évaluer l'observance et l'utilisation préférentielle d'une technique par rapport à une autre dépend surtout du contexte. En effet, les attentes et les moyens sont différents en pratique quotidienne et lors d'essais cliniques. La combinaison de plusieurs méthodes représente une alternative, qui, lorsqu'elle est possible, semble donner les meilleurs résultats. Cependant, aucune de ces méthodes, excepté l'entretien avec le patient, ne peut évaluer les facteurs influençant l'observance du patient. (25) en revanche, cet entretien a l'avantage de canaliser les réponses des patients et d'établir un score.

### **3. La méthode de mesure utilisé dans notre travail.**

Le score utilisé dans ce travail pour évaluer l'observance thérapeutique est celui de la MMAS (Morisky Medication Adherence Scale : voir annexe II), c'est une échelle développée par Morisky *et al.* Sous forme d'un auto-questionnaire composé de quatre items pour la version la plus ancienne 1986 (26,27,28) et de huit items pour la version la plus récente 2008 (29,30). Ce score est initialement validé chez les patients sous anti hypertenseurs, puis testés et validés chez les patients atteints des MICI (31). Elle permet d'évaluer l'ampleur et les raisons de la non observance, comme outil utile en pratique clinique (32), d'où notre choix pour évaluer l'adhésion thérapeutique de nos patients.

La MMAS-8 est une échelle de huit items à deux modalités de réponse (oui ou non) pour les sept premiers items, en attribuant un seul point à chaque question à laquelle on a répondu « non » aux questions 1-4 et 6-7, un point est attribué à la question 5 pour une réponse « oui ». Le dernier contient une échelle de Likert. Le score varie de zéro à huit, l'adhésion est considérée adéquate pour les personnes obtenant un score de huit, moyenne pour celles obtenant un score de six ou sept et faible pour celles obtenant un score de moins de six. (33)

Comme d'autres études, nous avons regroupé les adhérents moyens et élevés et nous avons les étiquetés comme bons adhérents, car il n'y a ni une définition claire de l'adhésion ni une discrimination clinique claire entre les scores six à huit (33), tandis que les patients avec un score < 6 nous l'avons considéré comme non observant.

### III. Les facteurs influençant l'observance thérapeutique :

Les déterminants de la non adhésion thérapeutique sont multiples, hétérogènes, personnels à chacun, dynamiques dans le temps, dépendants de la relation médecin-patient, de la maladie, du traitement et dépend également des facteurs environnementaux. Il en résulte de processus instables, dynamiques et modifiables pour la majorité.

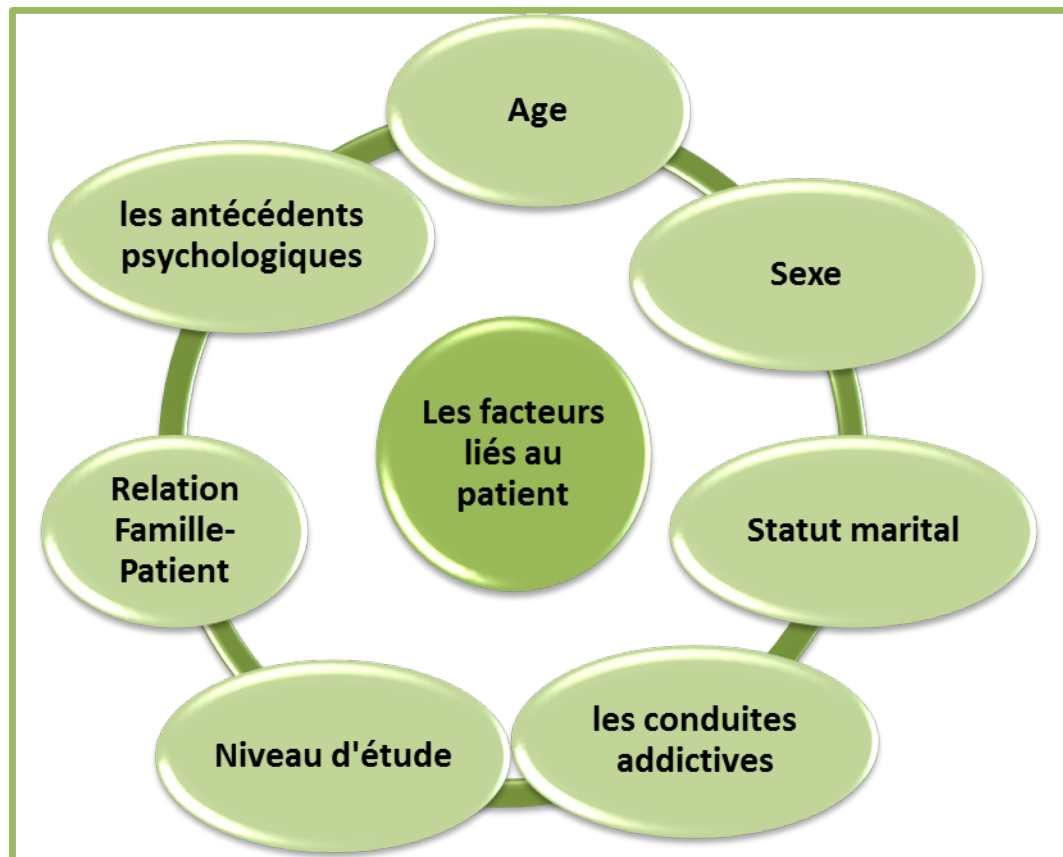
L'organisation mondiale de la santé définit plusieurs facteurs qui influencent l'observance thérapeutique catégorisées sur cinq dimensions qui sont représentés par la figure ci-dessous (34)



**Figure 41 :** Les facteurs influençant l'observance thérapeutique selon L'OMS. (34)

## 1. Les facteurs liés au patient :

Plusieurs facteurs sociodémographiques liés au patient ont été exploré pour montrer leur influence sur l'observance thérapeutique à savoir principalement l'âge, le sexe, le statut marital, le niveau d'étude, les conduites addictives, les antécédents psychologiques et la relation famille-patient.



**Figure 42 : Les facteurs liés au patient**

### 1.1. L'âge :

L'impact de l'âge sur l'observance aux traitements est controversé, certains travaux montrent que le jeune âge est un facteur prédicteur d'une faible adhésion. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les MICI influencent principalement les jeunes patients avec une vie sociale bien remplie. (33,35)

Dans notre étude, il s'est avéré que les sujets âgés sont les moins observants, malgré que cette différence n'était pas statistiquement significative, Celle-ci est justifiée probablement par le taux très élevé d'oubli d'une part, et que ces derniers sont le plus souvent des sujets poly-pathologiques.

#### **1.2.Le sexe :**

Les travaux comparant les comportements masculins et féminins sont discordants. Certaines études (36,33) n'ont pas trouvé de différence significative entre les comportements des hommes et des femmes, Cependant, d'autres ont montré qu'il existait des différences de taux d'adhésion thérapeutique en fonction du sexe, avec de bons résultats chez les femmes. (37). Ce constat concorde avec nos résultats puisqu'il affiche un taux d'observance supérieur chez les femmes par rapport aux hommes, cette différence était statistiquement significative.

#### **1.3.Le statut marital :**

Il a été montré par de nombreuses études l'absence de corrélation entre l'état matrimonial et l'observance (33,35,36) , ce qui est également le cas dans notre étude , ceci peut s'expliquer chez nous par le contexte culturel marocain qui a un impact certainement sur l'adhésion au traitement vu que les personnes célibataires, divorcées et veuves vivent rarement seules et sont souvent assistées par leurs familles, amis et voisins , surtout lors ce qu'il s'agit d'une pathologie chronique (5)

#### **1.4.Les conduites addictives :**

Lasa et son équipe dans leur étude en Argentine incluant 582 patients atteints des MICI, ont trouvé que le tabac est la conduite addictive la plus fréquente chez les patients et qu'il n'influence pas l'observance thérapeutique (36).

### **1.5.Le niveau d'étude :**

Certaines études ont montré une relation significative entre le niveau d'instruction élevé et une bonne observance thérapeutique, comme élément au cœur de la problématique (38) cependant d'autre (37) n'ont montré aucune corrélation entre ces deux variables.

### **1.6.Relation famille patient**

Notre étude a montré une relation significative entre le soutien familial et l'observance thérapeutique.

Ce qui peut être expliqué par le modèle de solidarité des familles marocaines qui diffère totalement de celui des familles occidentaux. Certes, la société marocaine ne dispose pas des mêmes moyens et ressources dans le domaine médical, mais la famille a réussi à garder cet aspect singulier et gratifiant de soutien et de solidarité ce qui est en accord avec nos nobles valeurs culturelles, sociales et religieuses. (39)

### **1.7.La dépression**

La dépression est la psychose la plus étudiée en ce qui concerne la corrélation entre l'observance thérapeutique et le vécu psychologique des patients.

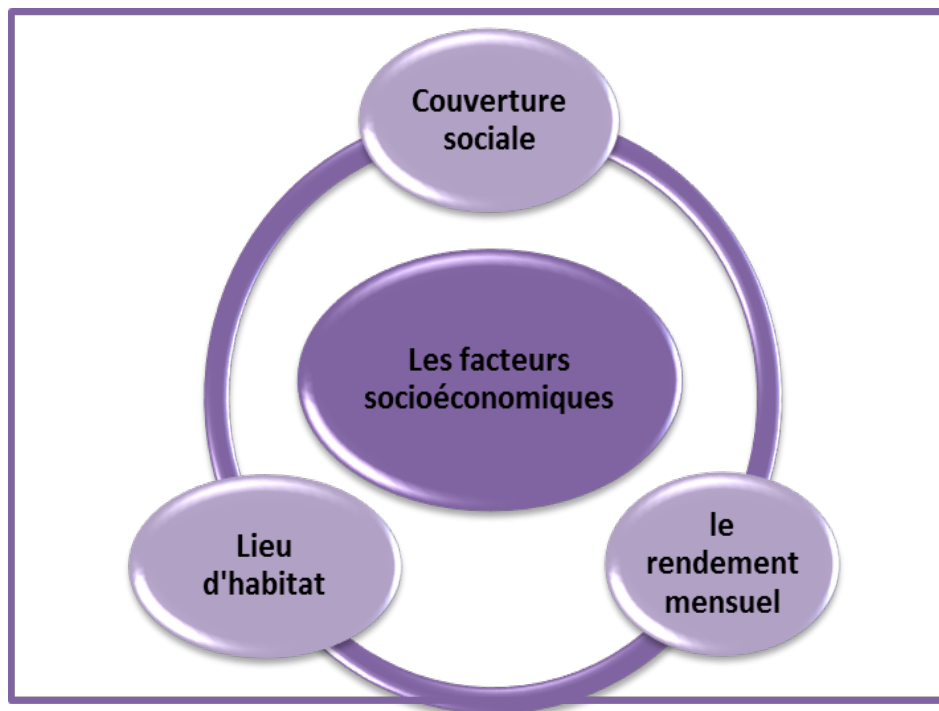
Trindade et al avaient analysé cette corrélation concluant à une relation significative entre la dépression et l'adhésion au traitement (31,40,41,42).

**Tableau XIV : Comparaison entre notre série et les données de la littérature en ce qui concerne les facteurs liés au patients.**

<b>Facteurs liés aux patients</b>	<b>Age</b>	<b>Sexe</b>	<b>Statut marital</b>	<b>Conduites addictives (Tabagisme)</b>	<b>niveau d'étude</b>	<b>dépression</b>
Decastro et al(35)	< 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	-
Lasa et al(36)	> 0,05	> 0,05	>0,05	>0,05	> 0,05	-
Hu et al(33)	< 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	-
Coenen et al(37)	> 0,05	< 0,05	-	> 0,05	> 0,05	-
Trindade et al(31)	-	-	-	-	-	< 0,05
Zand et al (38)	-	-	-	>0,05	< 0,05	-
Notre série	0,224	0,005	0,155	0,712	0,501	0,636

## 2. Les facteurs socio-économiques :

Plusieurs intervenants socio-économiques peuvent influencer l'adhésion aux traitements chez les patients atteints des maladies chroniques, à savoir le revenu mensuel, la couverture sociale et le lieu d'habitat.



**Figure 43** : Les facteurs socio-économiques

### 2.1.La couverture sociale

Les travaux étudiants l'impact de la couverture sociale sur l'observance thérapeutique sont discordants, certaines soulignent que la prise en charge des traitements par les couvertures sociales, encouragent les patients pour être adhérent, donc détermine l'observance thérapeutique (43). D'autres n'ont montré aucune relation significative entre cet intervenant et l'adhésion au traitement (36,44,35)

D'après nos résultats, tout en sachant que notre échantillonnage était représenté principalement par des ramédistes soit 85% de la population, l'étude de la relation entre l'observance thérapeutique et la couverture sociale n'a pas pu être analysé vu la disparité des trois groupes.

### **2.2.Le revenu mensuel :**

Selon plusieurs études réalisées dans les pays occidentaux où le système de sécurité sociale est généralisé, le revenu mensuel n'apparaît pas un indicateur de variation de l'observance, les ressources financières ne peuvent pas avoir des répercussions sur le suivi des traitements (36,44,35).

Ce qui est complètement discordant dans notre contexte surtout devant l'absence jusqu'à ce jour d'un système de sécurité sociale couvrant tous les citoyens, ce qui rend l'accès au traitement difficile voire impossible, cela explique le faible niveau d'observance thérapeutique chez nos patients de bas et de moyen rendement mensuel.

### **2.3.Lieu d'habitat**

D'après Dewulf et al, la résidence près de l'hôpital est un prédicteur d'une faible observance (44).

Notre étude a révélé un taux d'observance élevé chez les patients provenaient d'un milieu rural situé à plus de 50 Km du CHU Mohamed VI de Marrakech, expliqué probablement par les contraintes et les dépendances des patients vis-à-vis l'établissement de soin , ce qui renforce l'engagement de ces patients à la bonne observance afin de prévenir toute complication et dans le même sens minimiser les urgences et donc minimiser la nécessité de se déplacer à l'hôpital pour consulter, à l'opposé les patients habitaient près du CHU auront un accès rapide et facile au soignant, cela peut expliquer leurs faible adhésion thérapeutique, malgré que cette différence n'était pas statistiquement significative.

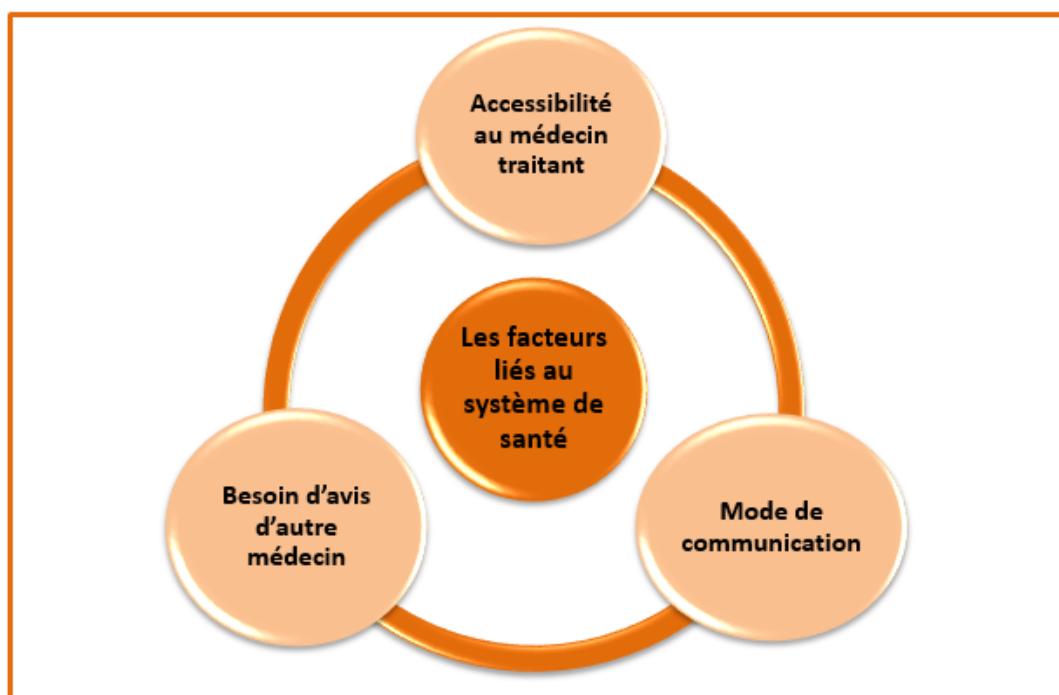
**Tableau XV : Comparaison entre notre série et les données de la littérature en ce qui concerne les facteurs socio-économiques.**

<b>Facteurs liés au statut socio-économique</b>	<b>Couverture sociale</b>	<b>Rendement mensuel</b>	<b>Lieu d'habitat</b>
Lasa et al (36)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Dewulf et al (44)	> 0,05	> 0,05	< 0,05
De Castro et al (35)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Shelbi et al (43)	< 0,05	-	-
Notre série	0,325	<0.001	0,908

### 3. Les facteurs liés au système de santé

Le système de santé désigne l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des acteurs qui participent dans la mise en œuvre de la politique de la santé dans un pays.

En ce qui concerne la gestion des pathologies chroniques, plusieurs facteurs liés au système de santé interviennent à savoir : Le médecin, son accessibilité, sa disponibilité et son engagement avec le patient.



**Figure 44** : Les facteurs liés au système de santé

#### **3.1. Communication et accessibilité du médecin traitant**

D'après Hu et al, les personnels de santé chargés des patients atteints des MICI sont un facteur important dans la surveillance de l'observance. Ils pourraient permettre aux patients d'avoir plus d'information sur leur maladie, encourageant ainsi l'indépendance des patients dans la gestion de leur maladie grâce à une capacité d'autogestion guidée et une confiance accrue, et donc améliorant directement l'observance. (33,38,44).

Notre étude a montré une relation adéquate entre la communication, l'accessibilité du médecin et l'observance, ce qui rejoint les conclusions d'une étude réalisée par Zand et al et al sur 133 patients révélant que la communication avec le médecin est cruciale afin d'améliorer l'observance thérapeutique, elle permet une transmission plus efficace des informations cliniques importantes, de discuter des obstacles à l'observance et donc permet d'encourager l'adhérence (38)



« Chacun a son rôle à jouer, tout contact avec le patient est une occasion de générer une non observance ou une observance » (46)

**Figure 45 : Relation médecin patient**

### **3.2. Besoin d'avis d'autre médecin**

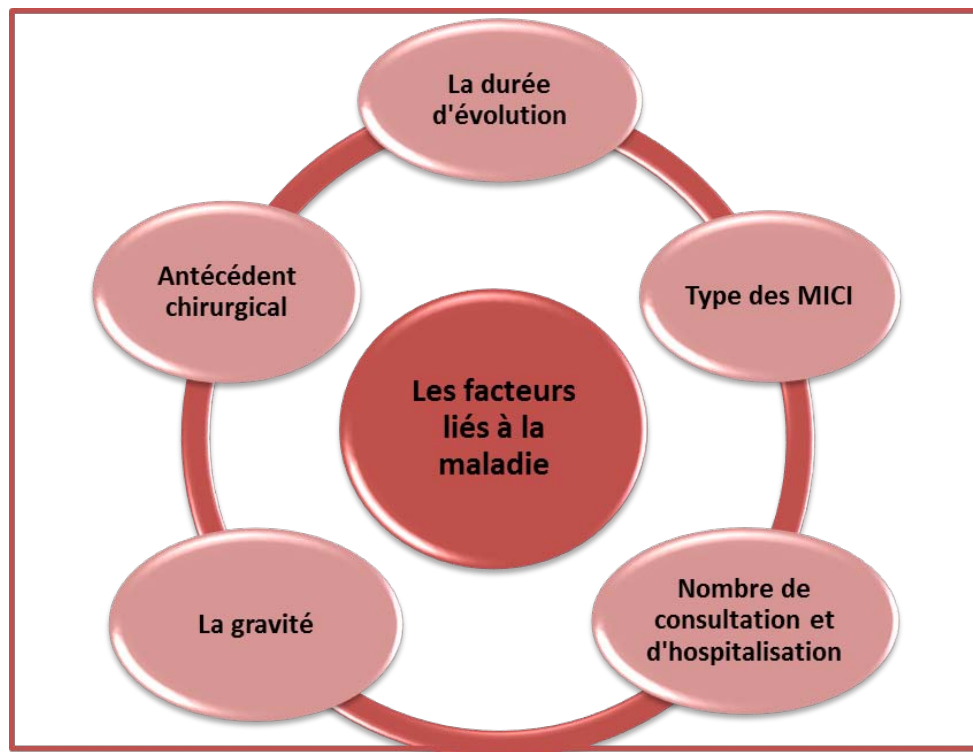
En ce qui concerne le fait de solliciter un autre avis sur la qualité de l'observance, Lasa et son équipe ont conclu à un impact négatif du besoin d'avis d'autre médecin sur l'adhérence au traitement. (36)

**Tableau XVI : Comparaison entre notre série et les données de la littérature en ce qui concerne les facteurs liés au système de santé.**

<b>Les facteurs liés au système de santé</b>	<b>Accessibilité au médecin traitant</b>	<b>Mode de communication</b>	<b>besoin d'avis d'autre médecin</b>
Hu et al(33)	<b>&lt; 0,05</b>	<b>&lt; 0,05</b>	<b>&lt; 0,05</b>
Zand et al(38)	<b>&lt; 0,05</b>	<b>&lt; 0,05</b>	-
Dewulf et al(44)	<b>&lt; 0,05</b>	<b>&lt; 0,05</b>	-
Notre série	<b>0,001</b>	<b>0,036</b>	0,482

#### 4. Les facteurs liés à la maladie

En ce qui concerne les pathologies chroniques plusieurs facteurs, liées à ces maladies peuvent influencer l'observance thérapeutique, à savoir : la durée d'évolution, le nombre de consultation et d'hospitalisation, les antécédents chirurgicaux et la gravité de la maladie.



**Figure 46 : Les facteurs liés à la maladie**

##### **4.1. La durée d'évolution de la maladie**

Tout en sachant que les MICI vont accompagner l'individu depuis le jour de l'annonce jusqu'à la fin de son existence, au cours de son parcours le patient finit par accepter sa maladie. (46,47)

Les études analysant la durée d'évolution de la maladie étaient discordant, certaines n'avaient conclu aucune relation entre ce facteur et l'adhésion au traitement (36), cependant d'autre avait montré que la durée longue de la maladie est un facteur prédicteur d'une mauvaise observance thérapeutique (44), ce qui rejoint nos résultats puisqu'il affiche un taux d'observance élevé chez les patients récemment diagnostiqués, malgré que cette différence n'était pas statistiquement significative.

#### **4.2.La gravité de la maladie :**

Le caractère silencieux ou bruyant des maladies chroniques peut conditionner l'observance. En effet, il a été montré que des pathologies chroniques pouvaient connaître une moins bonne observance notamment en phase d'initiation de traitement. (48)

Les travaux comparant le nombre, la sévérité des poussées et l'observance sont discordants. Certaines rapportent que la non observance survient principalement en période de rémission (44), cependant d'autres ne trouvent pas de différence entre la gravité de la maladie et l'observance (33,38).

Dans notre étude, les patients en poussées étaient exclus ; tout en mettant le point sur la corrélation entre le nombre de poussée durant la dernière année et l'observance concluant à une absence de corrélation entre les deux.

#### **4.3.Type des MICI**

D'après les résultats d'une étude fait au Brésil en 2007 sur 52 patients (26 Crohn, 26 RCH), le type des MICI est un facteur déterminant l'observance ; avec un taux d'observance faible chez les patients atteints de crohn par rapport à ceux atteints de RCH (44).

Dans notre travail, les 2/3 des patients étaient suivis pour maladie de crohn, ce qui rend difficile la comparaison avec ceux ayant une RCH.

#### **4.4.Antécédents chirurgicaux :**

Une étude effectuée en chine par Hu et al avait révélé chez 149 patients suivis pour MICI que la chirurgie digestive antérieure est un facteur prédicteur d'une bonne observance thérapeutique. (33)

#### **4.5.Le nombre de consultation et d'hospitalisation :**

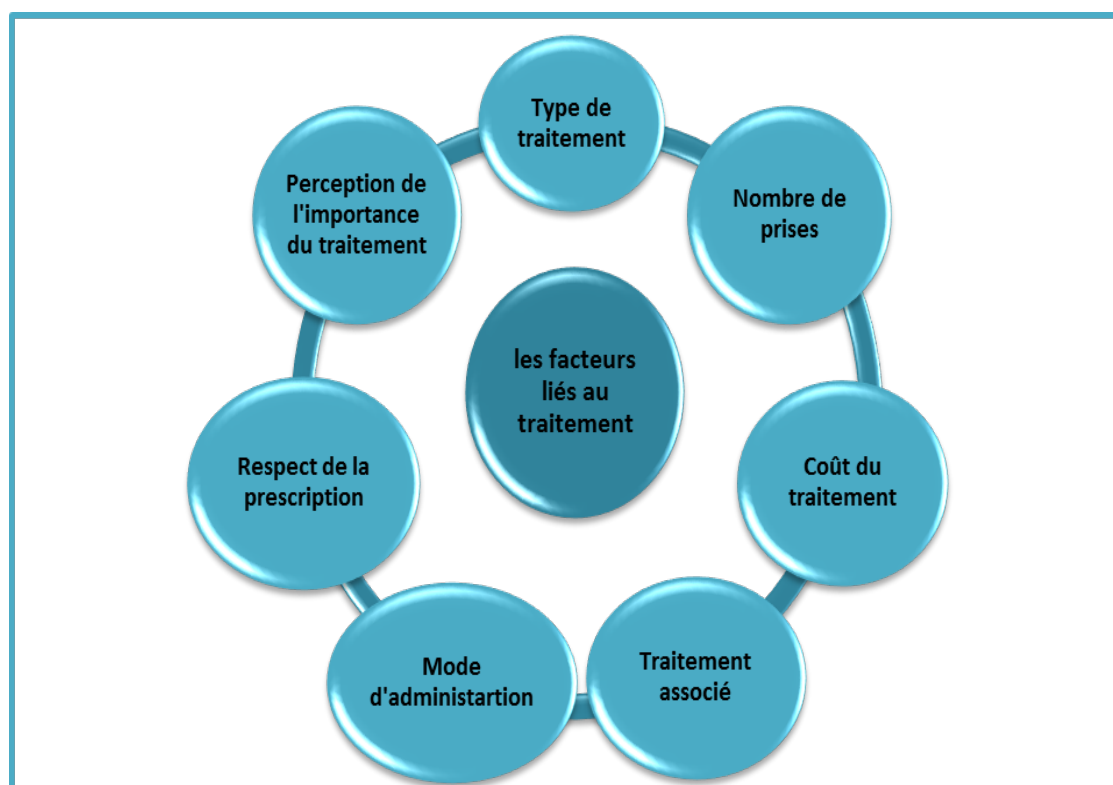
Zand et al avait montré une corrélation entre le nombre d'hospitalisation, le nombre de consultation et l'adhésion au traitement, soulignant que la non observance est la cause principale d'hospitalisation (jusqu'à 56% des cas) en raison de la survenue des poussées (38).

**Tableau XVII : Comparaison entre notre série et les données de la littérature en ce qui concerne les facteurs liés à la maladie.**

Les facteurs liés à la maladie	Durée de la maladie	Type des MICI	Nombre de consultation	Nombre d'hospitalisation	Antécédents chirurgicaux	Gravité de la maladie
Lasa et al(36)	> 0,05	> 0,05	-	> 0,05	> 0,05	-
Hu et al(33)	-	-	-	-	< 0,05	-
Dewulf et al(44)	< 0,05	< 0,05	-	-	-	< 0,05
Zand et al (38)	-	-	< 0,05	< 0,05	-	-
Notre série	0,511	0,102	0,008	0,028	0,452	0,622

## 5. Le traitement.

Nous étudions ici la relation entre l'observance et les facteurs liés au traitement représentés essentiellement par la type de traitement, le mode d'administration, le nombre de prise, le traitement associé, le coût, le respect de la prescription et la perception de l'importance du traitement.



**Figure 47 : Les facteurs liés aux traitement**

### **5.1.Type de Traitement :**

De nombreuses études traitant la corrélation entre l'observance thérapeutique et le traitement, ont révélé une faible adhérence aux biothérapies (49,50,51,52,53,54), nécessitant une administration IV, qui semble gênante surtout lors ce qu'il s'agit d'un traitement pendant de longue période (55,56 ,57) par rapport aux 5 ASA et les thiopurines.

### **5.2.Nombre de prises journalières :**

Les travaux comparant le nombre de prises journalières sont discordants. Certaines études n'ont pas trouvé de relation significative entre le nombre de prises et l'observance (33, 35, 58, 59), cependant d'autres ont montré qu'il existait des différences de taux d'adhésion thérapeutique en fonction de la variable étudiée, avec de moins bons résultats chez les patients dont le nombre de prises est supérieur à 3 (44,60)

Ce constat concorde avec nos résultats puisqu'il affiche un taux d'observance supérieur devant une prise journalière inférieur à 3.

### **5.3.Le respect de la prescription :**

Le respect de la prescription a un rôle capital pour réussir l'observance. (61)

La « bonne observance » est le fruit d'un processus qui permet au patient d'être pleinement acteur de son parcours de santé, de respecter et de s'inscrire durablement dans des stratégies de soins. (62).

Ce qui semble identique à nos résultats puisqu'il affiche un taux d'observance plus élevé chez les patients respectant la prescription médicale, malgré que cette différence n'était pas statistiquement significative.

### **5.4.La perception de l'importance du traitement :**

Les attitudes et les opinions négatives des patients sur les médicaments jouent un rôle important dans la non-observance des maladies chroniques, cela dit qu'un manque d'intérêt vis-à-vis le traitement a un impact négatif sur l'adhésion au traitement. (44,50)

### **5.5 Le coût de traitement**

Tomar et al ont montré d'après les résultats de leur étude fait en Inde une relation significative entre un coût élevé du traitement et une mauvaise observance. Ce qui est conforme avec nos résultats, puisqu'il montre un taux d'observance bas pour un montant dépassant 1000 Dh par mois. (63,64)

Cependant, les médecins contribuent des fois à la mauvaise adhésion des patients en prescrivant des schémas thérapeutiques complexes, en n'expliquant pas correctement les avantages et les effets secondaires d'un médicament, en ne tenant pas compte du mode de vie du patient ou du coût des médicaments, et ce qui retentit négativement sur la qualité de l'observance. (65)

### **5.6. Mode d'administration :**

D'après D'Inca et al la thérapie orale est associé à une adhérence meilleure que la thérapie rectale (65), ce constat s'est également avéré pertinent dans nos résultats puisqu'ils révèlent un taux d'observance plus élevés chez les patients recevant le traitement par voie orale, malgré que cette différence n'était pas statistiquement significative.

### **5.7 Traitement associé :**

Lasa et al (36) a montré une association significative entre la poly médication et la mauvaise observance, ce qui semble non concordant avec nos résultats, montrant aucune corrélation entre les traitements associés et l'adhérence thérapeutique.

**Tableaux XVIII : Comparaison entre notre série et les données de la littérature en ce qui concerne les facteurs liés au traitement.**

Les facteurs liés au traitement	Type de traitement	Nombre de prise	Perception de l'importance du traitement	Coût	Mode d'administration	Traitement associé
De Castro et al(35)	> 0,05	> 0,05	-	-	-	-
Dewulf et al(44)	> 0,05	< 0,05	< 0,05	-	-	-
Osterberg et al(64)	-	-	-	< 0,05	-	-
Selinger et al (50)	< 0,05	-	< 0,05	-	-	-
Ediger et al (51)	< 0,05	-	-	-	-	-
Bassel Amar (60)	-	-	< 0,05	-	-	-
Tomar et al (63)	-	-	-	< 0,05	-	-
INCA et al (65)	-	-	-	-	< 0,05	-
Lasa et al (36)	-	-	-	-	< 0,05	< 0,05
Notre série	0,134	0,001	<0,001	<0,001	0,142	0,128

#### **IV. LES CONSEQUENCES DE LA NON OBSERVANCE :**

Selon l'OMS, « l'observance insuffisante est la raison principale pour laquelle les patients ne retirent pas tous les bienfaits qu'ils pourraient attendre de leurs médicaments. Elle entraîne des complications médicales et psychosociales, diminue la qualité de vie des patients, augmente la probabilité de développer des pharmaco résistances et provoque un gaspillage des ressources. » (66)

En résumé, l'impact négatif de l'inobservance justifie le nombre d'étude à son propos ces derniers années et explique l'enjeu majeur de l'observance dans la prise en charge thérapeutique afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

#### **V. COMMENT AMELIORER L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE**

Devant l'ampleur de la non observance thérapeutique, sa complexité multifactorielle, multidimensionnelle et ses conséquences néfastes sur le patient atteint de maladies chroniques ainsi que sur le système de santé, différentes actions multivariées ont été élaborées pour améliorer l'observance thérapeutique (67) : Ce sont différents leviers susceptibles d'améliorer l'observance thérapeutique représentés par la figure ci-dessous.



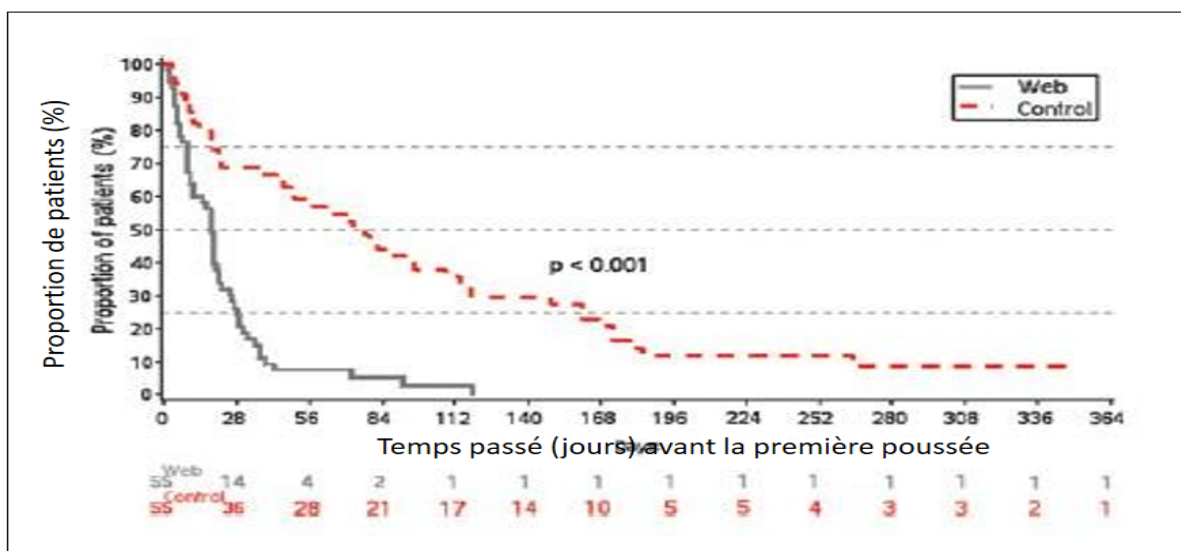
**Figure 48** : Les actes susceptibles d'améliorer l'observance thérapeutique.

## 1. E-santé, télémédecine

La télésanté, désignée également comme « e-santé » ou « santé numérique », est définie comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle comporte cinq actes qui sont: la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse médicale (68,69).

La téléconsultation et la télésurveillance peuvent être utilisées dans le parcours de soins du patient. La téléconsultation permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. La télésurveillance permet à un professionnel de santé d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient.

Elkjaer MG et al ont publiés une des premières études randomisées incluant 333 patients en poussées de RCH traités par 5 ASA, randomisés dans un bras suivi standard versus télé surveillance. L'objectif principal de leur étude était le temps d'obtention de la rémission après la première poussée, ils ont constaté que les patients qui sont suivis en télémédecine ont un temps plus court que ceux qui ont un suivi standard. (70).



**Figure 49 :** Temps d'obtention de la rémission après une 1re poussée de RCH selon Elkjaer MG et al ( 70)

## 2. Éducation thérapeutique.

L'Éducation thérapeutique est au carrefour de la médecine et des sciences humaines et sociales. Il s'agit d'une approche centrée sur les besoins du patient avec pour objectifs de rendre le patient plus autonome et d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des patients (68)

Elle repose sur un travail d'équipe multidisciplinaire et coordonné et se pratique sous la forme d'un programme personnalisé.

La HAS (Haute Autorité de Santé) définit l'éducation thérapeutique par : « un processus continu, qui fait partie de façon intégrante et permanente de la prise en charge du patient ». Elle s'appuie sur 3 points : le savoir par les connaissances, le savoir-être en adaptant ses attitudes,

notamment celles de prévention, et le savoir-faire en modifiant ses comportements en fonction de la maladie et de ses traitements (71).

En pratique, cela consiste à communiquer avec le patient ; ce qui a fait l'objectif de l'application AMCAD MICI, développée par le service de gastro entérologie du CHU Mohamed VI de Marrakech, visant la sensibilisation, l'éducation et le suivi des patients MICI. (72)



**Figure 50 :** Application AMCAD MICI et réseaux sociaux réalisés  
Par le service de gastro entérologie du chu Mohammed VI de Marrakech (72).

### **3. Simplification du programme thérapeutique :**

La simplification de l'ordonnance, est dans la mesure du possible, est la première mesure à appliquer, et semble être une des plus efficaces.

Il est donc essentiel de réévaluer régulièrement le bien-fondé de la prescription. En ce qui concerne les effets secondaires, le médecin doit tout d'abord informer le patient, mais aussi tout faire pour limiter leur intensité (titration, chronologie de prise par rapport aux repas). Il faut ensuite privilégier les mono prises, les associations fixes, et les molécules à libération prolongées. Un très grand nombre d'études y compris notre étude a prouvé qu'une diminution du nombre de prises médicamenteuses quotidiennes améliorerait l'observance.

Chaque soignant peut donc contribuer à l'évaluation et à l'amélioration de l'observance thérapeutique. Le pharmacien peut vérifier la bonne compréhension de certaines consignes par le patient. L'infirmier, par sa proximité, pourra identifier et aider à résoudre les problèmes du quotidien ou alerter le médecin en cas de besoin.

### **4. Mobiliser les associations et entourage des malades :**

Dans le monde entier, les associations de lutte contre les MICI, parmi lesquels l'AMCAD (Association des Maladies Chronique de l'Appareil Digestif), se mobilisent et organisent sur le terrain des rencontres et animations dans le but de sensibiliser et communiquer avec les patients et les familles.

La journée mondiale des MICI (19 Mai) dédiée à ces maladies a pour but de mieux faire connaître les MICI et aussi accélérer la recherche, afin de trouver de nouvelles pistes thérapeutiques pour guérir un jour prochain ces malades. (73)



**Figure 51** : photo d'une journée de sensibilisation organisée par le service de gastro entérologie du chu Mohammed VI de Marrakech pour les patients MICI en 2019 et 3 juin 2022(73)

## 5. Approches comportementales :

Les patients ont besoin d'approches comportementales, pour faciliter l'adoption et l'intégration des prises médicamenteuses dans la vie quotidienne, par exemple, des boîtes à médicament personnalisées ; permet de faciliter la prise du traitement et d'offrir plus de confort au quotidien que toute pharmacie peut les proposer. Ces petites boîtes contiennent uniquement les comprimés à prendre afin de simplifier les prises de médicaments aux différents moments de la journée (74), l'utilisation de journaux intimes, d'emballage calendrialisé, rappels électroniques, déclencheurs ou alertes. (75)



**Figure 52** : Boite à médicament personnalisée. (74)

## **6. La généralisation de la couverture sociale.**

Selon le ministre de la santé et de la protection sociale, Khalid Ait Taleb, le basculement du RAMED vers l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) sera effectif à partir de juillet prochain, ce changement représente une "étape importante" sur la voie d'assurer la protection et surtout l'accès au traitement au profit de tous les marocains, tout en sachant que le manque de moyen était la cause d'abandon la plus répandue dans notre série d'étude (76).

## **VI.FORCES, DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE**

### **1. Force de l'étude**

- A notre connaissance, il s'agit de la première étude d'évaluation de l'observance thérapeutique chez les patients atteints des MICI au Maroc.
- Permet de déterminer les facteurs liés à la non observance thérapeutique (surtout dans notre contexte : taux d'analphabétisme important et les limites de la couverture sociale)
- Il attire l'attention sur un des axes essentiels de la prise en charge des pathologies chroniques à savoir l'observance thérapeutique.
- Redéfinit les éléments clés de prise en charge des pathologies chroniques, puisque "les remèdes aux plus grandes maladies ne se trouvent pas uniquement dans les pharmacies"

### **2. Les difficultés auxquelles nous nous sommes confrontés :**

- Le non consentement de certains patients, ce qui a limité la taille de l'échantillon.
- L'analphabétisme estimé à 38,3% de nos patients, a expliqué le recours à la méthode de questionnaire dirigé combiné à l'entretien médicale et non pas à l'auto-questionnaire.
- Cordonnées incorrects (Numéro de Tel) ou patient injoignable ont retardé l'avancement de notre étude.

### 3. Les limites de l'étude

- Le manque voire l'absence de statistiques et de travaux dans notre pays sur ce sujet a rendu la comparaison de notre situation avec les données de la littérature internationale difficile.
- Le questionnaire évalue l'observance de façon subjective : certaines personnes peuvent avoir modifié leurs réponses par honte de la vérité et ou par peur d'être jugés, ou bien car ils avaient oublié certains faits (ce qui est encore plus vrai pour les patients âgés), mais grâce aux éclaircissements données aux patients par l'enquêteur, on a pu dépasser cette contrainte.
- Absence d'un système de sécurité sociale facilitant la procuration des traitements des maladies chronique
- Dans notre échantillon les ramédistes étaient majoritaire soit 85%, ce qui a expliqué l'impossibilité d'effectuer une analyse significative à son propos.
- Dans notre série la maladie de crohn était la plus représentative soit 71,7%.

# *CONCLUSION*



L'observance thérapeutique est un constituant capital de succès ou de l'échec thérapeutique, elle représente un phénomène fréquent, complexe et dynamique dont les facteurs sont nombreux, interagissent entre eux, dépendants du patient lui-même, ses conditions socio-économiques, sa maladie, son traitement mais aussi du système de santé.

Les conséquences de l'inobservance sont toujours péjoratives à l'échelle individuelle, mais aussi collective et sociétal.

Notre travail consistait à explorer ce problème fréquemment rencontré par les personnels de santé à savoir la mauvaise observance thérapeutique des patients souffrant des MICI.

La majorité des résultats de notre étude étaient parfaitement concordante à la littérature en ce qui concerne la forte influence de la relation médecin malade, le sexe, le nombre d'hospitalisation, le nombre de consultation, le nombre de prise par jour, le coût de traitement, la perception de l'importance du traitement, le revenu mensuel et l'inclusion de la famille dans l'adhésion thérapeutique.

Ces résultats soulignent la nécessité, pour les équipes soignantes de pratiquer une stratégie de traitement propre à chaque patient reposant sur les facteurs de risque de non observance qu'il présente, donc réussir à effectuer un accompagnement continu et efficient d'un patient activement responsable de son état de santé afin d'aboutir à une meilleure prise en charge des patients atteints des MICI.



*ANNEXES*



# Annexe I : Fiche d'observance thérapeutique chez les patients atteints des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

## FICHE D'EXPLOITATION

Fiche N° :

Tel :

Date de l'enquête :

*Maladie inflammatoire chronique de l'intestin et observance du traitement*

### I- Identité

- 1- Identifiant (IP) :
- 2- L'âge :
- 3- Le Sexe : Masculin  Féminin
- 4- Statut social : Célibataire  Marié (e)  Divorcé (e)  Veuf (e)
- 5- Nombre d'enfant :
- 6- Profession : salarié  profession libérale  sans profession
- 7- Région :

### II- Niveau socio-économique

- 1- Niveau d'étude : Analphabète  Primaire  Secondaire  Universitaire
- 2- Rendement mensuel de la famille (DH) : Bas  Moyen  Elevé
- 3- Couverture sociale : Ramédiste  Mutualiste  Sans couverture sociale
- 4- Lieu d'habitat : Rural  Urbain

### **III- ATCDS**

1- Personnels :

- Médicaux :

Oui  Non

Si oui lequel ?.....

- Chirurgicaux (Digestif) : Oui  Non
- Tabagique : Oui  Non

2- Familiaux : Atcd de maladie inflammatoire intestinale dans la famille :

Oui  Non

Si oui : Qui ?

Type : Crohn  RCH

### **IV- Histoire de la maladie**

1- Type : Crohn  RCH  Une colite non classée

2- Année depuis le diagnostic :

3- Les manifestations extradiigestives associées :

Pathologie articulaire  oculaire  cutané  aucun

4- Nombre de poussées durant la dernière année

1 fois / an   $\geq 2$  fois / an  Aucune

5- Nombre d'hospitalisations :

1 fois / an   $\geq 2$  fois / an  Aucune

6- Nombre de coloscopies :

1 fois / an   $\geq 2$  fois / an  Aucune

7- Nombre de consultations :

$\leq 2$  Cs / an   $\geq 3$  Cs / an  Aucune

8-Atcd d'indication chirurgicale :

Résection du grêle  Chirurgie ano- périnéale  Résection iléo colique

- 9- Complication : MAP : Oui  Non
- CAG : Oui  Non
- Sténose : Oui  Non
- Occlusion: Oui  Non
- Abcès intra-abdominal : Oui  Non
- Aucune complication : Oui  Non

#### V- Traitement

##### 1- Type du traitement :

- Dérivés amino salicylés orale
- Dérivés amino salicylés rectale
- Thiopurines
- Méthotrexate
- Ciclosporine
- Dérivés amino salicylés + Corticothérapie en dégression :
- Thiopurines+ Corticothérapie en dégression
- Infliximab
- Humera
- Combothérapie

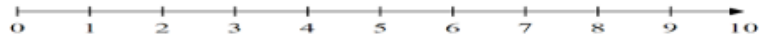
2- Mode d'administration : oral  IM  IV  SC  rectale

3- Nombre de prise : 1 / Jr  2 / Jr  3/jr

4- Respect de la prescription médicamenteuse : Oui  Non

5- Traitement associé : Oui  lequel ?  Non

6- Efficacité du traitement :



7- Coût du traitement par mois :

8- Perception de l'importance du traitement : Oui  Non

9- Automédication : Oui  Non

#### VI-Relation médecin- patient

- 1- Accessibilité au médecin traitant : Joignable : Oui  Non
- 2- Mode de communication : Déplacement à l'hôpital  Tel  les deux
- 3- Besoin d'avis d'autre médecin : Oui  Non

#### VII- Patient

##### 1- Vécu psychologique après le diagnostic

État psychique stable : Oui  Non

Anxiété : Oui  Non

Dépression : Oui  Non

#### VIII-Les causes d'abandon du traitement :

Quelles sont les causes de non observance selon vous ?

## Annexe II : Score d'évaluation de l'observance thérapeutique (Morisky à 8 items)

	OUI	NON
1 - Vous arrive t- il quelquefois d'oublier de prendre vos médicaments ?	0	1
2 - il arrive que des personnes ne prennent pas leur médicament pour des raisons autres que l'oubli. Pensez aux deux dernières semaines : vous est-il arrivé au moins un jour de ne pas prendre vos médicament ?	0	1
3 - Vous est-t-il arrivé de diminuer ou d'arrêter de prendre votre traitement sans le dire à votre médecin , parce que vous vous sentiez plus mal lorsque vous le preniez?	0	1
4 - Lorsque vous voyagez ou vous quittez votre domicile, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter avec vous vos médicaments ?	0	1
5 - Avez-vous pris vos médicaments hier ?	0	1
6 - lorsque vous sentez que votre problème de santé est maîtrisé, vous arrive-t-il, quelquefois, de ne pas supporter de prendre votre traitement ?	0	1
7 - prendre son traitement tous les jours constitue un vrai gêne pour certains patients, vous arrive-t-il , quelquefois , de ne pas supporter de prendre votre traitement ?	0	1
8 - Combien de fois avez-vous eu de difficulté à vous rappeler de prendre vos médicaments ?		
A) Rarement / Jamais	1	
B) De temps en temps	0,75	
C) Parfois	0,5	
D) Fréquemment	0,25	
E) Tout le temps	0	

## Annexe III : Les critères de dépression selon la définition du DSM V

### Critères DSM V de dépression

- Au moins 5 symptômes :

1. Humeur dépressive présente (ou **irritable**)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir
3. Perte ou **gain de poids**, ou diminution ou **augmentation de l'appétit**
4. Insomnie ou **hypersomnie**
5. Agitation ou **ralentissement psychomoteur**
6. Fatigue ou perte d'énergie
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
8. **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer** ou indécision
9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

## Annexe IV : Echelle d'anxiété d'Hamilton

<b>Humeur anxieuse:</b> Inquiétude –Attente du pire – Appréhension (anticipation avec peur) – Irritabilité–Consommation de tranquillisants	0   1   2   3   4
<b>Tension:</b> Impossibilité de se détendre –Réaction de sursaut –Pleurs faciles – Tremblements Sensation d'être incapable de rester en place – Fatigabilité.	0   1   2   3   4
<b>Peurs:</b> De mourir brutalement –D'être abandonné – Du noir – Des gens – Des animaux – De la foule –Des grands espaces – Des ascenseurs –Des avions – Des transports ...	0   1   2   3   4
<b>Insomnie:</b> Difficultés d'endormissement – Sommeil interrompu – Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil – Rêves pénibles – Cauchemars – Angoisses ou malaises nocturnes.	0   1   2   3   4
<b>Fonctions intellectuelles (cognitives):</b> Difficultés de concentration – Mauvaise mémoire – Recherche ses mots – Fait des erreurs.	0   1   2   3   4
<b>Humeur dépressive:</b> Perte des intérêts – Ne prend plus plaisir à ses passe-temps – Tristesse –Insomnie du matin.	0   1   2   3   4
<b>Symptômes somatiques généraux (musculaires):</b> Douleurs et courbatures –Raideurs musculaires – Sursauts musculaires – Grincements des dents – Contraction de la mâchoire – Voix mal assurée.	0   1   2   3   4
<b>Symptômes somatiques généraux (sensoriels):</b> Sifflements d'oreilles –Vision brouillée – Bouffées de chaleur ou de froid –Sensations de faiblesse – Sensations de fourmis, de picotements.	0   1   2   3   4
<b>Symptômes cardiovasculaires:</b> Tachycardie – Palpitations – Douleurs dans la poitrine – Battements des vaisseaux Sensations syncopales – Extra-systoles.	0   1   2   3   4
<b>Symptômes respiratoires:</b> Oppression, douleur dans la poitrine – Sensations de blocage, d'étouffement – Soupirs – Respiration rapide au repos.	0   1   2   3   4
<b>Symptômes gastro-intestinaux:</b> Difficultés pour avaler – Douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, "Coliques" abdominales Borborygmes – Diarrhée – Constipation.	0   1   2   3   4
<b>Symptômes génito-urinaires:</b> Règles douloureuses ou anormales – Troubles sexuels (impuissance, frigidité) – Mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	0   1   2   3   4
<b>Symptômes du système nerveux autonome:</b> Bouche sèche – Accès de rougeur –Pâleur –Sueur – Vertiges –Maux de tête –	0   1   2   3   4
<b>Comportement lors de l'entretien:</b> Général : Mal à l'aise – Agitation nerveuse – Tremblement des mains –Front plissé – Faciès tendu – Augmentation du tonus musculaire, Physiologique : Avale sa salive – Eructations – Palpitations au repos – Accélération respiratoire – Réflexe tendineux vifs –Dilatation pupillaire – Battements des paupières.	0   1   2   3   4
<b>TOTAL:</b> (Le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20 sur 56). N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.	

Parmi les quatorze propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant à chaque groupe de symptômes une note entre 0 et 4: 0: Abscent, 1: Léger, 2: Moyen, 3: Fort, 4: Maximal.

---

# *RESUMES*

---



## Résumé

**Introduction** : La mauvaise observance thérapeutique des MICI a un impact négatif sur l'efficacité du traitement et sur la qualité de vie des patients. Cela impose donc une meilleure connaissance des facteurs intervenants dans cette problématique ; dépendants du patient lui-même, ses conditions socio-économiques, sa maladie, son traitement mais aussi du système de santé ; afin de les prendre en charge.

**Objectif** : Le but de ce travail était d'identifier dans notre contexte les facteurs responsables d'une mauvaise observance thérapeutique chez les patients atteints des MICI

**Matériels et Méthodes** : Notre travail a consisté en une étude prospective à visée descriptive et analytique portant sur 120 patients suivis des MICI au sein du service de gastro-entérologie du CHU Mohammed VI de Marrakech, sur une durée de 10 mois allant du mois avril 2021 au mois février 2022.

Les données ont été recueillies grâce à deux questionnaires, un général qui explore les facteurs influençant l'observance, comprenant des éléments sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques concernant le patient, et l'autre spécifique (Score de Morisky à 8 items) qui permet d'apprécier le niveau d'observance.

**Résultat descriptif** : Sur les 120 patients inclus, l'âge moyen était de 39,66 ans avec une prédominance féminine fait de 61,7% de la série d'étude, l'analphabétisme était estimé à 38,3%, 85% de la population étaient des ramédistes, la maladie de Crohn était la plus représentative avec 71,7% de la population, 40% de la série d'étude étaient sous les dérivés aminosalicylés, tandis que 75% des patients étaient observants. Le manque de moyen était la cause d'abandon la plus répandue.

**Résultat analytique :** L'analyse bi-variée a objectivée l'existence d'une corrélation significative entre l'observance, le sexe, le revenu mensuel, le nombre d'hospitalisation et de consultation durant la dernière année, le nombre de prise du traitement par jour, le coût de traitement, la perception de l'importance du traitement, l'inclusion de la famille dans le traitement, l'accessibilité au médecin traitant et le mode de communication. Alors qu'il n'y avait pas de corrélation entre l'observance et le statut marital, le nombre d'enfant, le niveau d'étude, la profession, le lieu d'habitat, les antécédents, les facteurs liés à la maladie (type de MICI, événements associés, chirurgies, survenue de complications, année depuis le diagnostic, nombre de poussée, de coloscopies), le traitement et son mode d'administration.

**Conclusion :** Dans notre contexte l'observance thérapeutique est une démarche personnelle orientée par les professionnels et par le système de santé (essentiellement la couverture sociale)

Améliorer l'observance thérapeutique impose donc un accompagnement continu des professionnels et du système de santé mais aussi un patient responsable.

## Summary

**Introduction:** Low therapeutic adherence in IBD has a negative impact on the effectiveness of treatment and on the quality of life of patients. This therefore requires a better knowledge of the factors involved in this issue; which depends on the patient himself, his socioeconomic status, his illness, his treatment as well as on the health system factors; in order to solve it.

**Study aim:** The aim of this study was to identify the factors responsible for poor therapeutic adherence in patients with IBD in our context.

**Materials and Methods:** Our research consisted of a prospective descriptive and analytical study on 120 IBD patients in the gastroenterology department of the hospital university Mohammed VI in Marrakech, over a period of 10 months from April 2021 in February 2022.

The data was collected using two questionnaires, a general one which explores the factors influencing therapeutic adherence, including socio-demographic, clinical and therapeutic elements of the patient, and another specific one (Morisky score with 8 items) to assess the level of compliance.

**Descriptive results:** Of the 120 patients included : the average age was 39.66 years with a female predominance of 61.7% of the sample , the illiteracy was estimated at 38.3%, 85% of the population were ramedists , Crohn's disease was the most representative pathology with 71.7% of the population,40% of the study's sample were under aminosalicylate derivatives, 75% of patients were adherers.the lack of means was the most common cause of treatemnt abandonment.

**Analytical results:** The bivariate analysis objectified the existence of a significant correlation between therapeutic adhrence and :gender, monthly income ,number of hospitalizations , during the last year , number of consultations during the last year , the number

of medication intakes per day , the cost of the treatment ,the perception of the importance of the treatment ,the inclusion of the family in the treatment and the accessibility to physicians and the mode of communication.

Whereas there was no significant correlation between therapeutic adherence and : Marital status, social insurance, level of study, profession, place of residence,history of the patient, factors related to the disease (type of IBD, events associated, surgeries,complications , year since diagnosis, number of thrust, number of colonoscopies) treatment and its route of administration and the number of children,

**Conclusion:** In our context, therapeutic adherence is a personal approach guided by professionals and the health system (essentially social security coverage). Therefore, improving therapeutic adherence requires continuous support from professionals and the health system, as well as a responsible patient.

## ملخص

**مقدمة:** لسوء الالتزام بالعلاج لدى مرضى داء التهاب الجهاز الهضمي المزمن، تأثير سلبي على فعالية العلاج وعلى جودة حياة المريض. مما يتطلب إماما بالعوامل المتدخلة في هذه الإشكالية؛ التي تخص المريض شخصه، حالته الاجتماعية والاقتصادية، مرضه وعلاجه وكذلك كل عوامل النظام الصحي؛ من أجل حلها.

**هدف الدراسة:** كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد العوامل المسؤولة عن سوء الالتزام العلاجي لدى مرضى داء التهاب الجهاز الهضمي المزمن.

**الطرق والوسائل:** اعتمد بحثنا عن دراسة مستقبلية وصفية وتحليلية ل 120 مريضا مصابا بداء التهاب الجهاز الهضمي المزمن الذين يتابعون علاجهم بقسم أمراض الجهاز الهضمي بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش، وذلك على مدى 10 أشهر امتدت من شهر أبريل 2021 إلى شهر فبراير 2022. تم جمع البيانات باستخدام استبيانين، أحدهما عام يهدف استكشاف العوامل التي تؤثر على الالتزام العلاجي، بما في ذلك العناصر الاجتماعية والديموغرافية والسريرية والعلاجية للمريض، وآخر خاص (استبيان Morisky من 8 عناصر) يعتمد على تقييم مستوى الامتثال العلاجي.

**النتائج الوصفية:** من بين 120 مريضاً شملهم البحث كان متوسط العمر 39.66 عاماً مع هيمنة أنثوية بنسبة 61.7% من العينة. قدرت الأمية بـ 38.3 %، كان 85 % من السكان يتوفرون على نظام المساعدة الطبية راميد. وكان مرض كرون أكثر الأمراض تمثيلية بـ 71.7 % من عينة الدراسة. خضع 40 % من المرضى للعلاج بمشتقات الأمينوساليسيلات. كان 75 % من المرضى ملتزمين بالعلاج. كان نقص الموارد هو السبب الأكثر شيوعاً للتخلي عن العلاج.

**النتائج التحليلية:** أظهر التحليل ثنائي المتغير وجود علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الالتزام العلاجي وجنس المريض، الدخل الشهري، عدد حالات الاستشفاء خلال العام الماضي، عدد الاستشارات خلال العام

الماضي، عدد مرات تناول الدواء في اليوم، تكلفة العلاج، إدراك أهمية العلاج، إدماج الأسرة في العلاج، إمكانية وكيفية التواصل مع الطبيب المعالج.

من جهة أخرى لم يكن هناك علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الالتزام العلاجي والحالة الاجتماعية، التأمين الاجتماعي، عدد الأطفال، مستوى الدراسة، المهنة، مكان الإقامة، تاريخ التشخيص بالمرض، العوامل المتعلقة بالمرض (نوع المرض، الأمراض المتزامنة مع المرض، العمليات الجراحية والمضاعفات بعد تشخيص المرض، المدة منذ التشخيص، عدد النوبات، عدد مرات تنظير القولون)، العلاج وطريقة أخذه،

**الخلاصة:** في سياق دراستنا، الامتثال العلاجي هو نهج شخصي يوجهه المتخصصون والنظام الصحي (الضمان الاجتماعي بشكل أساسي). وبالتالي، فإن تحسين الامتثال العلاجي يتطلب دعمًا مستمرًا من المتخصصين والنظام الصحي، كما يتطلب أيضًا التزام ومسؤولية المريض.

# *BIBLIOGRAPHIE*



1. **Mme Mounia Ait jazzar**  
Poussée sévère au cours des maladies inflammatoires chroniques intestinales : prise en charge diagnostic et thérapeutique.  
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine, faculté de médecine et de pharmacie Marrakech ; 2016 ; N° 02.
2. **Ogier-Denis Eric, Hugot Jean-Pierre**  
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) : contrôler les symptômes pour retrouver une qualité de vie satisfaisante.  
[En ligne]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/maladies-inflammatoires-chroniques-intestin-mici/>
3. **D L Sackett, R B Haynes, E S Gibson, B C Hackett, D W Taylor, R S Roberts et Al.**  
"Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension."  
Lancet (London, England) vol. 1,7918 (1975): 1205-7.
4. **Robinson A.**  
Review article: improving adherence to medication in patients with inflammatory bowel disease.  
Aliment Pharmacol Ther 2008;27 Suppl 1:9-14
5. **Mlle.Samira Essoli .**  
L'observance thérapeutique chez les patients atteints de maladies chroniques : Cas du diabète et de l'hypertension artérielle.  
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine, faculté de médecine et de pharmacie Marrakech ;15 déc 2020; N°231.
6. **Antoine-Raphael Loffredo**  
Comprendre la non observance : de la recherche à la pratique.  
Thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état de Masseur-Kinésithérapeute ; 2011.
7. **Mr.Raouah Mohamed Amine**  
Etude de l'observance thérapeutique chez les patients atteints de Schizophrénie. A propos de 153 cas. Faculté de médecine et de pharmacie Marrakech.  
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine, faculté de médecine et de pharmacie Marrakech ; 2016 ; N°172.
8. **Scheen AJ, Giet D**  
Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions.  
Revue médicale de Liège. Mai 2010

9. **Livre blanc de la Fondation concorde :**  
L'observance au traitement : un défi aux politiques de santé ; Mars 2014.  
[En ligne]. Disponible sur : <https://www.fondationconcorde.com/lobservance-des-traitements/>
10. **Association américaine de psychiatrie APA**  
Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ,4 ème édition ; publié en 1994 et mis à jour en 2000.
11. **Hamilton MC.**  
Hamilton anxiety rating scale.  
Rev : Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions.
12. **Louis Perret**  
Analyse critique de la jurisprudence récente en matière de responsabilité médicale et hospitalière critique de la théorie des obligations de moyen et des obligations de résultat.  
Revue général de droit Vol 3, numéro 1. Université d'Ottawa, 1972.
13. **Dictionnaire de français Larousse :**  
Définition de l'observance
14. **J.Garcia, D.Buchon, M.Laroche, L.Merle, G.Houdard.**  
Evaluation de l'observance thérapeutique chez le patient diabétique non insulino-dépendant.  
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine, Université Limoges. 2018.
15. **Betty Chewning**  
The healthy adherer and the placebo effect.  
The BMJ (Clinical research ed.) vol. 333,7557 : 18-9.2006.
16. **D.Qochih, P.Cathébras.**  
Obéir ou adhérer ? L'observance thérapeutique en question.  
Médecine et longévité Vol 4 – N° 3-4 P. 111-122 – décembre 2012.
17. **J. Petermans, A. samalea suarez, T. Van Hees**  
Observance thérapeutique en gériatrie.  
Revue Médicale de Liège 65 : 5-6 ; 2010.
18. **C.Ciangura.**  
Réticences à l'insulinothérapie du patient diabétique de type 2 : croyances du soigné et du soignant.  
Réalités en nutrition et en diabétologie. 35, Sep, 2011.

19. **D.Costagliola,C.Barberose.**  
Comment mesurer l'observance ?  
Agence nationale de recherches sur le SIDA, pages 33–42, table 28. Décembre 2001.
20. **J.Lee, K.Grace, T.Foster, J.Erowle, H.Sun, P.Turner et al.**  
How should we measure medication adherence in clinical trials and practice?  
Therapeutics and Clinical Risk Management. PubMed 3(4):685–90. Aug 2007
21. **C.Kevin, D.Farmer.**  
Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice.  
Clinical therapeutics.Vol. 21, NO. 6,1999.
22. **X.Girerd, O.Hanon, K.Anagnostopoulos, C.Ciuppek, JJ.Mourad, S.Consoli et al.**  
Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire: mise au point et utilisation dans un service spécialisé.pdf.  
La presse médicale: Vol 30, N°21, p 1044–8 ; juin 2001.
23. **M.Burnier, M.Schneider, C.Stubi, H.Brunner.**  
Electronic compliance monitoring in resistant hypertension: the basis for rational therapeutic decisions.  
Journal of hypertension vol. 19,2 : 335–41. Feb 2001.
24. **Morisky DE, Green LW. Levine DM.**  
Concurrent and predictive validity of a self- reported measure of medication adherence.  
Medical care vol. 24,1 : 67–74. Janv 1986.
25. **Rigby D.**  
Adherence assessment tools: drugs don't work when they are not taken.  
Australian J Pharmacy;88:32–37. 2007.
26. **Maida J Sewitch, Michal Abrahamowicz, Alan Barkun, Alain Bitton, Gary E Wild, Albert Cohen et al.**  
Patient non adherence to medication in inflammatory bowel disease.  
Am J Gastroenterol ; Pub Med 98:1535–1544. 2003.
27. **D. E. Morisky, A. Ang, M. Krousel-Wood, and H. J. Ward,**  
Predictive validity of a medication adherence measure in an out patient setting.pdf.  
Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.), vol. 10, no. 5, pp. 348–354, 2008.

28. **Alfredo Dias de Oliveira-Filho, Donald E Morisky, Sabrina Joany Felizardo Neves, Francisco A Costa, Divaldo Pereira de Lyra Jr.**  
The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertensive adults.  
Research in Social and Administrative Pharmacy. Volume 10, Issue 3, May-June 2014, Pages 554-561.
29. **D. E. Morisky and M. R. DiMatteo**  
Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: response to Authors.  
Journal of Clinical Epidemiology, vol. 64, no. 3, pp. 255-263, 2011.
30. **Ambarish Pandey, Fayez Raza , Alejandro Velasco , Stephanie Brinker , Colby Ayers , Sandeep R Das , Donald E Morisky , Ethan A Halm , Wanpen Vongpatanasin et al.**  
Comparison of Morisky Medication Adherence Scale with therapeutic drug monitoring in apparent treatment-resistant hypertension.  
Journal of the American Society of Hypertension : JASH vol. 9,6 : 420-426.e2. 2015
31. **A. J. Trindade, A. Ehrlich, A. Kornbluth, and T. A. Ullman,**  
Are your patients taking their medicine? Validation of a new adherence scale in patients with inflammatory bowel disease and comparison with physician perception of adherence.  
Department of Medicine, Mount Sinai School of Medicine, New York, vol. 17, no. 2, pp. 599-604, 2011.
32. **Jean-Pierre Lebeau.**  
Échelle de mesure de l'observance en soins primaires : une revue systématique de la littérature.  
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine, Faculté de Médecine - Tours 26 oct 2017.
33. **Wen Hu, Shurong Hu, Yimiao Zhu, Hanwen Chen, Yan Chen**  
Assessing Oral Medication Adherence and Identifying Predictors of Low Adherence in Chinese Inflammatory Bowel Disease Patients.  
Patient preference and adherence vol. 14 1083-1092. 2 Jul. 2020.
34. **Eduardo Sabaté,**  
« Setting the scene », dans Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action, Switzerland.  
World Health Organization, 2003, 211 p

35. **María Luisa de Castro, Luciano Sanromán, Alicia Martín, Montserrat Figueira, Noemi Martínez, Vicent Hernández et al.**  
Assessing medication adherence in inflammatory bowel diseases. A comparison between a self-administered scale and a pharmacy refill index.  
Revista Española de Enfermedades Digestivas : órgano oficial de la Sociedad Española de Patología Digestiva vol. 109,8 : 542–551. 2017.
36. **Juan Lasa, Gustavo Correa , Claudia Fuxman , Laura Garbi , Maria Eugenia Linares , Pablo Lubrano et al.**  
Treatment Adherence in Inflammatory Bowel Disease .Patients from Argentina: A Multicenter Study.  
Gastroenterology Department, Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. 2020.
37. **Sofie Coenen, Ellen Weyts, Vera Ballet, Maja Noman, Gert Van Assche, Séverine Vermeire et al.**  
Identifying predictors of low adherence in patients with inflammatory bowel disease.  
European journal of gastroenterology & hepatology vol. 28,5 (2016)
38. **Aria Zand MD, Audrey Nguyen BS, Zack Stokes BS, Welmoed van Deen, MD, PhD, Courtney Reynolds, MD, Magdalena Dimitrova BS et al .**  
The Development of a Screening Tool to Identify and Classify Nonadherence in Inflammatory Bowel Disease.  
Crohn's & Colitis 360, Volume 1, Issue 3, October 2019.
39. **A.Robert Escalier**  
De la tribu au quartier, les solidarités dans la tourmente; L'exemple marocain.2001  
[En ligne]. Disponible sur <https://journals.openedition.org/cdlm/9>
40. **M J Sewitch, M Abrahamowicz, A Bitton, D Daly, G E Wild, A Cohen et al.**  
Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease.  
The American journal of gastroenterology vol. 96,5 : 1470–9.2001.
41. **American Psychological Association**  
Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux;1994.2000.
42. **Thiago H Freitas , Thomas N Hyphantis , Elias Andreoulakis , João Quevedo , Hesley L Miranda , Gilberto S Alves et al**  
Religious coping and its influence on psychological distress, medication adherence, and quality of life in inflammatory bowel disease  
Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999) vol. 37,3 : 219–27.2015.

43. **Chelbi S, Abdesslam H, Bendag N, Sallaouti M, Naceur KB, Oueslati I, et al.**  
Diabétiques type 2 : observance thérapeutique et Ramadan. Annales d'Endocrinologie.  
1 sept 2018;79(4):484.
44. **Nathalie de Lourdes Souza Dewulf , Rosane Aparecida Monteiro, Afonso Dinis Costa Passos, Elisabeth Meloni Vieira, Luiz Ernesto de Almeida Troncon et al.**  
Compliance to drug therapy in inflammatory bowel diseases outpatients from a university hospital.  
Arquivos de gastroenterologia vol. 44,4 (2007) : 289–96.
45. **AFA**  
Maladie de crohn et RCH ; France ;19/05/2021  
[En ligne]. Disponible sur <https://www.afa.asso.fr/association-mici/>
46. **A.Clemment.**  
Education thérapeutique du patient, Centre de référence des maladies rares.  
Centre de référence des maladies respiratoires rares.
47. **S.Eroğlu, F.Sensoy, K.Beydag, M.Kiyak.**  
Compliance with diabetic patients with diabetes and requirements of taking education.  
Procedia –Social and Behavioral Sciences 152 (2014) 457 – 464
48. **L'éducation thérapeutique du patient (ETP),**  
C'est quoi? Association des patients agréé.  
HAS – Guide méthodologique, juin 2007.
49. **Fernando Bermejo, Antonio López–San Román, Alicia Algaba, Iván Guerra, Paz Valer, Silvia García–Garzón et al.**  
Factors that modify therapy adherence in patients with in flammatory bowel disease.  
Journal of Crohn's & Colitis, vol. 4, no. 4, pp. 422–426, 2010.
50. **Christian P Selinger , Jayne Eaden, D Brian Jones, Peter Katelaris, Grace Chapman, Charles McDonald et al.**  
Modifiable factors associated with nonadherence to maintenance medication for in flammatory bowel disease .  
Inflammatory Bowel Diseases,vol. 19, no. 10, pp. 2199–2206, 2013.
51. **Jason P Ediger , John R Walker, Lesley Graff, Lisa Lix, Ian Clara, Patricia Rawsthorne, et al.**  
Predictors of medication adherence in inflammatory bowel disease.  
The American Journal of Gastroenterology, vol. 102, no. 7, pp. 1417–1426,2007.

52. **Jason P Ediger , John R Walker, Lesley Graff, Lisa Lix, Ian Clara, Patricia Rawsthorne, et al.**  
Adherence to tothiopurine treatment in out-patients with Crohn's disease.  
Alimentary Pharmacology & Therapeutics. vol. 26, no. 2, pp. 217-225, 2007.
53. **S. Wright, D. S. Sanders, A. J. Lobo, and L. Lennard.**  
Clinical significance of azathioprine active metabolite concentrations in inflammatory bowel disease.  
Gut, vol. 53, no. 8, pp. 1123-1128, 2004.
54. **A. Buisson, A.-L. Seigne, M. C. D'Huart, M. A. Bigard, and L. Peyrin-Biroulet,**  
The extra burden of infliximab infusions in inflammatory bowel disease.  
Inflammatory Bowel Diseases, vol. 19, no. 11, pp. 2464-2467, 2013.
55. **P. D. R. Higgins, D. T. Rubin, K. Kaulback, P. S. Schoenfield, and S. V. Kane.**  
Systematic review: impact of non-adherenceto 5-aminosalicylic acid products on the frequency and cost of ulcerative colitis flares.  
Alimentary Pharmacology & Therapeutics, vol. 29, no. 3, pp. 247-257, 2009.
56. **Jonathan Perry , Andy Chen , Viraj Kariyawasam , Glen Collins , Chee Choong , Wei Ling Teh , et al.**  
Medication non-adherence in inflammatory bowel diseases is associated with disability.  
Intestinal research, vol. 16, no. 4, pp. 571-578,2018.
57. **Hogan t.p., Awad a.g., and Eastwood r.**  
A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics : reliability and discriminative validity.  
Psychological medicine vol. 13,1: 177-83. 1983.
58. **Buchanan A.**  
A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia.  
Psychological medicine vol. 22,3 : 787-97, 1992.Psychol med, 1992.
59. **Blackwell B.**  
Treatment adherence.  
" The British journal of psychiatry : the journal of mental science vol. 129 : 513-31.1976.
60. **Bassel Amer.**  
Groupe de réflexion générateur d'idées pour contribuer à l'évolution de l'environnement de la santé.  
[En ligne]. Disponible sur :<https://crip-pharma.fr/>

61. **Sylvie Legrain.**  
Mieux prescrire chez le sujet âgé en diminuant « underuse », la iatrogénie et en améliorant l'observance.  
Académie nationale de médecine, 191, n 2, 259–270, séance du 6 février 2007
62. **M. V. Lenti and C. P. Selinger,**  
Medication non-adherence in adult patients affected by inflammatory bowel disease: a critical review and update of the determining factors, consequences and possible interventions.  
Expert Review of Gastro-enterology & Hepatology, vol. 11, no. 3, pp. 215–226, 2017.
63. **Sanjeevani K Tomar, Saurabh Kedia, Namrata Singh, Ashish D Upadhyay, Nagesh Kamat, Sawan Bopanna et al.**  
Higher education, professional occupation, and upper socioeconomic status are associated with lower adherence to medications in patients with inflammatory bowel disease.  
JGH open : an open access journal of gastroenterology and hepatology vol. 3,4 302–309.  
18 Mar. 2019.
64. **Lars Osterberg , Terrence Blaschke**  
Adherence to Medication .  
New England Journal of Medicine 353(5):487–97.2005.
65. **R D'Incà, P Bertomoro, K Mazzocco, M G Vettorato, R Rumiati, G C Sturniolo**  
Risk factors for non adherence to medication in inflammatory bowel disease patients.  
Alimentary pharmacology & therapeutics vol. 27,2 (2008): 166–72.2008.
66. **Chaudri, Naeem Arshad.**  
“Adherence to Long-term Therapies Evidence for Action.”  
Annals of Saudi Medicine vol. 24,3 : 221–222.2004
67. **Caroline TRANG**  
MICI : Comment améliorer l'observance ?  
Association française de formation médicale continu en Hépatogastroentérologie 2021.  
[En ligne]. Disponible sur : <https://www.fmcgastro.org/courses/mici-comment-ameliorer-lobservance/>
68. **Loi n° 2009–879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (art. 78).**  
[https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000020879771.O8SvVOdUp8](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879771.O8SvVOdUp8)

69. **Décret n° 2010–1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine modifié par le Décret n° 2018–788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine.**  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037399738/>
70. **Margarita Elkjaer, Mary Shuhaibar, Johan Burisch, Yvonne Bailey, Hanne Scherfig, Birgit Laugesen, et al**  
E.-Health empowers patient with ulcerative colitis : A randomised controlled trial of the web-guided « constant care » approach .  
Gut vol. 59,12 : 1652–61. Dec 2010.
71. **L'article L.1161–1 du code de la santé publique.**
72. **AMCAD**  
Application développée par le service de gastro entérologie du CHU Mohammed VI Marrakech. 2022
73. **AMCAD : Association des maladies chroniques de l'appareil digestif réalisée par le service du gastro entérologie du CHU Mohamed VI Marrakech**
74. **Elisa**  
Quel pilulier semainier et mensuel choisir en 2021 ? Avis médical.  
[En ligne]. Disponible sur :<https://paramed-sante.com/pilulier-semainier/publié> en 2020.
75. **F.Kéou, L.Djomassi, F.Monebenimp**  
Etude des facteurs liés à l'observance au traitement antirétroviral chez les patients suivis à l'Unité de Prise En Charge du VIH/SIDA de l'Hôpital de District de Dschang, Cameroun.  
Pan African Medical Journal.
76. **Maroc : la couverture sociale généralisée mise en œuvre**  
Le point Afrique, Publié le 16/04/2021 à 18h30  
[En ligne]. Disponible sur :<https://www.lepoint.fr/afrique/maroc-la-couverture-sociale-generalisee-mise-en-oeuvre>.

# قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف  
والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض  
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.  
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،  
للصالح والطلح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.  
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخا لكل زميل في المهنة  
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي،  
نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



# الإمتثال العلاجي لدى مرضى داء التهاب الجهاز الهضمي المزمن

## الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2022/06/15

من طرف

الآنسة **نائلة حنان السعيدى**

المزداة في 25 ماي 1996 بسلطنة عمان

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

الكلمات الأساسية:

الإمتثال العلاجي - داء التهاب الجهاز الهضمي المزمن - العوامل المؤثرة

## اللجنة

الرئيس

ل. السعدوني

السيدة

المشرف

أستاذة في الطب الباطني

خ. الكراطي

السيدة

أستاذة في أمراض الجهاز الهضمي

ز. السملاني

السيدة

أستاذة في أمراض الجهاز الهضمي

ص. اوباها

السيدة

أستاذة في علم وظائف الأعضاء

الحكام