



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITÉ MOHAMMED V
DE RABAT
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année: 2023

Thèse N°: 253

ETAT DE CONNAISSANCE DES PATIENTS SUIVIS
POUR MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES
DE L'INTESTIN VIS-A-VIS DE LEUR MALADIE
DANS LA REGION DU NORD MAROCAIN

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2023

PAR

Madame Nouha AL MAIMOUNI

*Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine*

Mots clés : Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin;
Connaissances des patients; éducations thérapeutique

Membres du Jury :

Madame Ikrame ERRABIH

Professeur d'Hépatogastro-entérologie et Proctologie

**Président du jury &
Directeur de thèse**

Monsieur Ihssane MELLOUKI

Professeur d'Hépatogastro-entérologie

Juge

Monsieur Mouna SALIHOUN

Professeur d'Hépatogastro-entérologie

Juge

Madame Majdouline OBTEL

Professeur de Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قالوا سبحانك لا علم لنا إلا ما
علمتنا إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



DOYENS HONORAIRES :

- 1962 _ 1969: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 _ 1974: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 _ 1981: Professeur Bachir LAZRAK
1981 _ 1989: Professeur Taieb CHKILI
1989 _ 1997: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 _ 2003: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 _ 2013: Professeur Najia HAJJAJ – HASSOUNI
2013 _ 2022: Professeur Mohamed ADNAOUI

ORGANISATION DECANALE :

- *Doyen*
Professeur Brahim LEKEHAL
- *Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et Estudiantines*
Professeur Amal THIMOU
- *Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération*
Professeur Taoufiq DAKKA
- *Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie*
Professeur Younes RAHALI
- *Secrétaire Général*
Mr. Mohamed KARRA

SERVICES ADMINISTRATIFS :

- *Chef du Service des Affaires Administratives*
Mr. Abdellah KHALED
- *Chef du Service des Affaires Estudiantines, Statistiques et Suivi des Lauréats*
Mr. Azzeddine BOULAAJOU
- *Chef du Service de la Recherche, Coopération, Partenariat et des Stages*
Mr. Najib MOUNIR
- *Chef du service des Finances*
Mr. Rachid BENNIS
- *Chef du Service Informatique*
Mr. Abdelhakim EL MESSAOUDI

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – Clinique Royale
Anesthésie -Réanimation
Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Janvier et Novembre 1990
Pr. KHARBACH Aïcha

Médecine Interne

Gynécologie -Obstétrique

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZAD Rachid
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. SOULAYMANI Rachida

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique Méd. Chef Maternité des Orangers Rabat
Pharmacologie Doyen de la Fac. Phar. Abulcassis Rabat
Pharmacologie- Dir. Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale Doyen de FMPT
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Anatomie
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. SENOUCI Karima

Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques Doyen de la FMPA
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale – Directeur du CHIS Rabat
Immunologie
Chirurgie pédiatrique
Chirurgie Générale
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie *Inspecteur du SSM*
Pédiatrie
Traumatologie – Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie *Directeur HMI Mohammed V Rabat*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie *Directeur Hôp. Ar-razi Salé*
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER-RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Neurologie *Doyen de la Fac. Méd. Abulcassis Rabat*
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie

Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer	Chirurgie Générale
Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
Pr. TACHINANTE Rajae	Anesthésie-Réanimation
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida	Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia	Neurologie
Pr. AJANA Fatima Zohra	Gastro-Entérologie
Pr. BENAMR Said	Chirurgie Générale
Pr. CHERTI Mohammed	Cardiologie
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL HASSANI Amine	Pédiatrie
Pr. EL KHADER Khalid	Urologie
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae	Pédiatrie

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*	Anesthésie-Réanimation
Pr. BENABDELJLIL Maria	Neurologie
Pr. BENAMAR Loubna	Néphrologie
Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie
Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
Pr. BENOUACHANE Thami	Pédiatrie
Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi	Anatomie
Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
Pr. CHAT Latifa	Radiologie
Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique <u><i>Directeur Hôp. d'Enfants Rabat</i></u>
Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie -
Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale <u><i>Directeur Hôpital Ibn Sina Rabat</i></u>
Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie orthopédie
Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique - <u><i>Doyen de la FMPR</i></u>
Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
Pr. NOUINI Yassine	Urologie
Pr. SABBABH Farid	Chirurgie Générale
Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AMEUR Ahmed*
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef*
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. CHOHO Abdelkrim*
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie *Directeur HMI Moulay Ismail-Meknès*
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie pédiatrique
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie *V-D chargé Aff Acad. Est.*
Chirurgie Générale *Directeur de l' ERPLM*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. HACHI Hafid
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie orthopédie *Directeur HM Avicenne-Marrakech*
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif*

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie *Directeur Hôp. Al Ayachi Salé*
Pédiatrie
Cardiologie

Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. ZERAIDI Najia

Biophysique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
Hématologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie - Pédiatrie
Chirurgie Cardio – Vasculaire. [Directeur Hôpital Ibn Sina Marr.](#)
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHERKAOUI Naoual*
Pr. EL BEKKALI Youssef*
Pr. EL ABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Noureddine

Réanimation Médicale
Pneumo phtisiologie
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice

Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Microbiologie
 Réanimation Médicale
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Biochimie-Chimie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGADR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna*
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MSSROURI Rahal

Médecine interne
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie *Directeur Hôp. des Spécialités Rabat*
 Anesthésie Réanimation *Directeur de la Clinique Royale*
 Anatomie *Dir. Délégué de la Fondation Ch.Kh.Ibn Zaid*
 Biochimie-Chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-Entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani*

Radiologie
Cardiologie
Pneumo-Phtisiologie

Mars 2010

Pr. FILALI Karim*
Pr. CHEMSI Mohamed*

Anesthésie-Réanimation *Directeur ERSSM*
Médecine Aéronautique

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Physiologie
Microbiologie
Biochimie- Chimie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Plastique et Réparatrice
Urologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Décembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed

Chirurgie pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-orthopédie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Chirurgie pédiatrique
Anatomie Pathologique

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad

Pharmacologie *Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'UM6SS*
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie-Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie

Pr. BENSGHIR Mustapha*	Anesthésie Réanimation
Pr. BENYAHIA Mohammed*	Néphrologie
Pr. BOUATIA Mustapha	Chimie Analytique et Bromatologie
Pr. BOUABID Ahmed Salim*	Traumatologie orthopédie
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba	Anatomie
Pr. CHAIB Ali*	Cardiologie <i>Président de la Ligue N. de L. contre les M. CV</i>
Pr. DENDANE Tarek	Réanimation Médicale
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali	Anesthésie Réanimation
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa	Radiologie
Pr. ELFATEMI NIZARE	Neuro-chirurgie
Pr. EL GUERROUJ Hasnae	Médecine Nucléaire
Pr. EL HARTI Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr. EL JAOUDI Rachid*	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologique
Pr. EL KHLOUFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryem	Radiologie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique <i>Vice-Doyen à la Pharmacie</i>
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie orthopédie

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM* Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

MAI 2013

Pr. BOUSLIMAN Yassir* Toxicologie

JUIN 2013

Pr. BENALI Bennaceur Médecine du Travail

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah Chirurgie Thoracique
Pr. BENCHAKROUN Mohammed* Traumatologie- Orthopédie
Pr. BOUCHIKH Mohammed Chirurgie Thoracique
Pr. EL KABBAJ Driss* Néphrologie
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira* Biochimie-Chimie
Pr. HARDIZI Houyam Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pr. HASSANI Amale* Pédiatrie
Pr. HERRAK Laila Pneumologie
Pr. JEAIDI Anass* Hématologie Biologique
Pr. KOUACH Jaouad* Gynécologie-Obstétrique
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
Pr. SEKKACH Youssef* Médecine Interne
Pr. TAZI MOUKHA Zakia Gynécologie-Obstétrique

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKASSEM Rachid* Pédiatrie
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila Médecine Légale
Pr. BEKKALI Hicham* Anesthésie-Réanimation
Pr. BOUABDELLAH Mounya Biochimie-Chimie
Pr. DERRAJI Soufiane* Pharmacie Clinique
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali Anatomie
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim* Anesthésie-Réanimation
Pr. EL MARJANY Mohammed* Radiothérapie
Pr. FEJJAL Nawfal Chirurgie Réparatrice et Plastique
Pr. JAHIDI Mohamed* OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
Pr. LAKHAL Zouhair* Cardiologie
Pr. OUDGHIRI NEZHA Anesthésie-Réanimation
Pr. RAMI Mohamed Chirurgie pédiatrique
Pr. SABIR Maria Psychiatrie
Pr. SBAI IDRISSE Karim* Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

AOÛT 2015

Pr. MEZIANE Meryem Dermatologie
Pr. TAHIRI Latifa Rhumatologie

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Noureddine*

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Oto-Rhino-Laryngologie

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAITI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. HAFIDI Jawad
Pr. MAJBAR Mohammed Anas
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. SOUADKA Amine
Pr. ZRARA Abdelhamid*

Microbiologie
Cardiologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
Anatomie
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Chirurgie Générale
Immunologie

PROFESSEURS AGREGES :

MAI 2018

Pr. AMMOURI Wafa
Pr. BENTALHA Aziza
Pr. EL AHMADI Brahim
Pr. EL HARRECH Youness*
Pr. EL KACEMI Hanan
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa
Pr. FATIHI Jamal*
Pr. GHANNAM Abdel-Ilah
Pr. JROUNDI Imane
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil
Pr. TADILI Sidi Jawad
Pr. TANZ Rachid*

Médecine interne
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Radiothérapie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie-Réanimation
Médecine préventive, santé publique et Hygiène
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Oncologie Médicale

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina
Pr. SOULY Karim
Pr. TAHRI Rajae

Anatomie
Microbiologie
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq*
Pr. ACHBOUK Abdelhafid*
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*
Pr. BASSIR Rida Allah
Pr. BOUATTAR Tarik
Pr. BOUFETTAL Monsef
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed*
Pr. BOUZELMAT Hicham*
Pr. BOUKHRIS Jalal*
Pr. CHAFRY Bouchaib*
Pr. CHAHDI Hafsa*
Pr. CHERIF EL ASRI ABAD*
Pr. DAMIRI Amal*
Pr. DOGHMI Nawfal*
Pr. ELALAOUI Sidi-Yassir
Pr. EL ANNAZ Hicham*
Pr. EL HASSANI Moulay El Mehdi*
Pr. EL HJOUJI Abderrahman*
Pr. EL KAOUI Hakim*
Pr. EL WALI Abderrahman*
Pr. EN-NAFAA Issam*
Pr. HAMAMA Jalal*
Pr. HEMMAOUI Bouchaib*
Pr. HJIRA Naouafal*
Pr. JIRA Mohamed*
Pr. JNIENE Asmaa
Pr. LARAQUI Hicham*
Pr. MAHFOUD Tarik*
Pr. MEZIANE Mohammed*
Pr. MOUTAKI ALLAH Younes*
Pr. MOUZARI Yassine*
Pr. NAOUI Hafida*
Pr. OBTEL MAJDOULINE
Pr. OURRAI ABDELHAKIM*
Pr. SAOUAB RACHIDA*
Pr. SBITTI YASSIR*
Pr. ZADDOUG OMAR*
Pr. ZIDOUH SAAD*

Néphrologie
Chirurgie réparatrice et plastique
Radiothérapie
Gynécologie-Obstétrique
Anatomie
Néphrologie
Anatomie
Chirurgie-Générale
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Traumatologie-Orthopédie
Anatomie Pathologique
Neuro-chirurgie
Anatomie Pathologique
Anesthésie-Réanimation
Pharmacie-Galénique
Virologie
Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Radiologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Oto-Rhino-Laryngologie
Dermatologie
Médecine interne
Physiologie
Chirurgie-Générale
Oncologie Médicale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Parasitologie-Mycologie
Médecine préventive, santé publique et Hygiène
Pédiatrie
Radiologie
Oncologie Médicale
Traumatologie-Orthopédie
Anesthésie-Réanimation

NOVEMBRE 2020

Pr. LALYA ISSAM*

Radiothérapie

SEPTEMBRE 2021

Pr. ABABOU Karim*	Chirurgie Réparatrice et Plastique
Pr. ALAOUI SLIMANI Khaoula*	Oncologie Médicale
Pr. ATOUF OUAFA	Immunologie
Pr. BAKALI Youness	Chirurgie Générale
Pr. BAMOUS Mehdi*	CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
Pr. BELBACHIR Siham	Psychiatrie
Pr. BELKOUCH Ahmed*	Médecine des Urgences et des Catastrophes
Pr. BENNIS Azzelarab*	Traumatologie-Orthopédie
Pr. CHAFAI ELALAOUI Siham	Génétique
Pr. DOUMIRI Mouhssine	Anesthésie-Réanimation
Pr. EDDERAI Meryem*	Radiologie
Pr. EL KTAIBI Abderrahim*	Anatomie Pathologique
Pr. EL MAAROUFI Hicham*	Hématologie Clinique
Pr. EL OMRI Naoual*	Médecine Interne
Pr. EL QATNI Mohamed*	Médecine Interne
Pr. FAHRY Aicha*	Pharmacie Galénique
Pr. IBRAHIM RAGAB MOUNTASSER Dina*	Néphrologie
Pr. IKEN Maryem*	Parasitologie
Pr. JAAFARI Abdelhamid*	Anesthésie-Réanimation
Pr. KHALFI Lahcen*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. KHEYI Jamal*	Cardiologie
Pr. KHIBRI Hajar	Médecine Interne
Pr. LAAMRANI Fatima Zahrae	Radiologie
Pr. LABOUDI Fouad	Psychiatrie
Pr. LAHKIM Mohamed*	Radiologie
Pr. MEKAOUI Nour	Pédiatrie
Pr. MOJEMMI Brahim	Chimie Analytique
Pr. OUDRHIRI Mohammed Yassaad	Neurochirurgie
Pr. SATTE AMAL*	Neurologie
Pr. SOUHI Hicham*	Pneumo-phtisiologie
Pr. TADLAOUI Yasmina*	Pharmacie Clinique
Pr. TAGAJDID Mohamed Rida*	Virologie
Pr. ZAHID Hafid*	Hématologie
Pr. ZAJJARI Yassir*	Néphrologie
Pr. ZAKARYA Imane*	Pharmacognosie

(*) Enseignants Chercheurs Militaires

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-Chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie <i>Vice-Doyen chargé de la Rech. et de la Coop.</i>
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

PROFESSEURS HABILITES :

Pr. AANNIZ Tarik	Microbiologie et Biologie moléculaire
Pr. BENZEID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie-Chimie
Pr. CHERGUI Abdelhak	Botanique, Biologie et physiologie végétales
Pr. DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr. EL BAKKALI Mustapha	Physiologie
Pr. EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Histologie-Embryologie
Pr. LAZRAK Fatima	Chimie
Pr. LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr. OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr. RAMLI Youssef	Chimie Organique Pharmaco-Chimie
Pr. SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr. TAZI Ahnini	Génétique (<i>mis en disponibilité</i>)
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

Mise à jour le 20/02/2023

KHALED Abdellah

Chef du Service des Affaires Administratives

FMPR

Le Doyen



DEDICACES



A mon très cher père Docteur AL MAIMOUNI Abdelaziz

À mon exemple éternel, à celui qui m'a aidé à découvrir le trésor inépuisable du savoir, De tous les pères, tu es le meilleur, celui qui a su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie et m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.

Merci d'avoir été toujours là pour moi, un soutien indéfectible tout au long de mes études. Tu as été et tu seras toujours un exemple à suivre, avec tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme.

Les mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon respect, de ma considération, de ma reconnaissance et de mon amour éternel envers toi. Que Dieu te préserve des malheurs de la vie, afin que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin.

Ce travail est aussi le tien, toi qui m'as tant donné sans jamais te plaindre. J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu nous as offerts, mais une vie entière n'y suffirait pas. J'espère au moins que ce mémoire y contribuera en partie.

Avec tout mon amour filial, je te dédie cette thèse, comme une humble reconnaissance envers ton rôle essentiel dans ma vie.

Que Dieu te comble de bonheur et te préserve en santé pour les années à venir.

A ma très chère maman El Mazbour Fathia

À la lumière de mes jours, la source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifice, Aucun hommage ne pourra jamais traduire l'amour, le dévouement, le respect et la reconnaissance que j'ai pour toi. Tu es celle qui a consacré sa vie à mon éducation, m'inculquant les bonnes valeurs et la persévérance. Ta générosité exemplaire et ta présence constante ont façonné la personne que je suis aujourd'hui.

Je te remercie du fond du cœur pour m'avoir tout donné sans compter. Tes efforts et tes sacrifices ont été innombrables, et je ne pourrai jamais te récompenser à la hauteur de ce que tu mérites.

Que ce modeste travail soit l'exaucement de tes vœux les plus chers, et le fruit de tes sacrifices infinis. Puisse Dieu te protéger, te procurer santé et bonheur, pour que tu continues d'illuminer ma vie de ta présence précieuse.

A ma grande sœur Dr AL Maimouni Sara

Merci d'avoir été l'exemple parfait de sœur, ma confidente, celle qui a su me motiver lorsque le courage me manquait. Tu as toujours été la main tendue qui m'a aidé à me relever. Ta présence chaleureuse et bienveillante a su me reconforter.

Je dédie ce travail en témoignage de mes sentiments d'amour, d'affection, d'attachement et de reconnaissance envers toi. Ton soutien constant, ta motivation, ton accompagnement et tes conseils ont été pour moi une source de courage, de confiance et de patience.

J'implore Allah qu'Il te protège, t'apporte bonheur, réussite et que tes rêves se réalisent. Que l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.

A ma petite sœur Dr AL Maimouni Aya

Par ces mots, je souhaite exprimer tout l'amour, l'admiration et la fierté que j'ai pour toi. Depuis le jour de ta naissance, tu as illuminé ma vie de ta présence joyeuse et de ton innocence. Tu es une petite sœur extraordinaire et je suis incroyablement reconnaissante de t'avoir dans ma vie.

Dans ce parcours de la vie, je serai toujours là pour toi, prête à t'écouter, à te conseiller et à te soutenir. Tu es une personne remarquable, dotée d'une force intérieure qui te permet de surmonter tous les obstacles. Ta détermination et ta persévérance m'inspirent chaque jour. Que ce travail soit un témoignage de mon amour éternel et de ma confiance en tes capacités infinies.

A mon cher mari

À travers ces mots, je souhaite exprimer toute ma gratitude, mon amour profond et ma reconnaissance envers toi. Depuis le jour où nos chemins se sont croisés, tu as été mon pilier, mon soutien inconditionnel et mon partenaire de vie.

Tu es bien plus qu'un mari pour moi. Tu es mon meilleur ami, mon confident et mon âme sœur. Ta présence dans ma vie apporte une joie immense et un sentiment de sécurité indescriptible. Tu as su être là dans les moments de bonheur comme dans les moments difficiles, partageant les rires et essuyant les larmes.

À travers cette dédicace, je souhaite te dire à quel point tu es précieux pour moi.

Puissions-nous continuer à avancer, main dans la main, bâtissant un avenir prometteur rempli de bonheur, d'amour et de réalisations. Ensemble, nous sommes plus forts et capables de surmonter tout ce qui se dresse sur notre chemin.

A ma chère tante Lalla Rahma Karmoun

Tu es bien plus qu'une tante pour moi, tu es celle que je considère comme ma grande mère. Ta sagesse, ta bienveillance et ton amour inconditionnel ont façonné la personne que je suis aujourd'hui. Je suis profondément reconnaissante de t'avoir près de moi. Que cette dédicace exprime toute mon affection et ma gratitude envers toi. Puisses-tu être comblée de bonheur, de santé et de sérénité.

À mes chers oncles, mes chères tantes, ainsi qu'à leurs époux et épouses

Je tiens à vous exprimer tout mon respect profond et mon affection sincère à travers cette dédicace. Votre présence dans ma vie a été une source inestimable de soutien et d'inspiration. Que ce travail soit le témoignage de ma gratitude éternelle envers vous tous. Que la vie vous comble de bonheur et de bénédictions.

A mes chers cousins et cousines / A tous les membres de ma famille petits et grands

Je vous exprime ma profonde gratitude pour votre soutien, vos encouragements et votre affection. Ce travail est le témoignage de mes sentiments sincères envers vous tous. Que la santé et le bonheur vous accompagnent, sous la protection bienveillante de Dieu.

A ma très chère amie Meriem

Depuis le début de notre parcours, nous avons partagé les études et les différentes étapes de la vie. Nous avons affronté ensemble les défis et célébré nos réussites ensemble. Tu as été ma complice, ma confidente et mon soutien indéfectible tout au long de ce chemin.

À travers cette dédicace, je souhaite exprimer toute ma reconnaissance et mon amour pour toi.

Merci d'avoir toujours été là, de m'avoir soutenue et partagé tant de moments inoubliables. Notre amitié est une source de joie et de réconfort, et j'espère qu'elle continuera à grandir et à nous unir pour de nombreuses années à venir.

A mes très chères amies Sara et Loubna

Vous êtes un véritable cadeau de l'internat, une source de fraternité et de joie inestimable. Je vous remercie du fond du cœur pour tous les moments précieux que nous avons partagés ensemble.

Votre amitié a apporté tant de bonheur et de soutien dans ma vie. Je suis honoré(e) de vous avoir comme amies.

Merci d'être les merveilleuses amies que vous êtes. Que notre lien d'amitié reste indéfectible et que nos aventures continuent à nous unir.

A ma très chère amie Houda

Notre amitié est un trésor précieux dans ma vie. Merci d'être toujours là, de me soutenir et de partager des moments merveilleux ensemble.

À tous les membres de l'Association des Médecins Internes de TANGER en particulier la 2ème promotion, Cette dédicace est dédiée à notre belle famille d'internes. Vous êtes une source de fierté et d'inspiration. Vive l'internat, vive l'AMIT !



REMERCIEMENTS



A mon maître, président du jury et directeur de thèse

Professeur Errabih Ikram

Chef de service d'Hépatogastroentérologie et Proctologie – CHU, Ibn Sina – Rabat

Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury. Je souhaite souligner les remarquables qualités techniques et humaines que j'ai pu apprécier lors de mon passage en tant qu'externe dans votre service. Votre dynamisme, votre intégrité, votre sérieux et votre sympathie sont dignes d'admiration et de respect.

Je tiens également à vous remercier pour la qualité de votre enseignement et pour vos qualités humaines qui ont eu un impact positif sur ma formation. Veuillez accepter, Professeur, l'expression sincère de mes remerciements.

A mon maître et juge de thèse

Professeur Mellouki Ihsane.

Chef de service d'Hépatogastroentérologie et Proctologie- CHU Mohammed VI de Tanger

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers vous pour l'immense honneur et le grand privilège que vous m'avez accordés en acceptant de diriger ce travail. Votre expertise, votre rigueur et votre engagement ont été d'une valeur inestimable.

Grâce à vos conseils avisés, vous nous avez guidés avec sagesse et nous avez orientés dans nos recherches, nous permettant ainsi de progresser et d'approfondir nos connaissances. Votre disponibilité et votre patience, dont vous avez toujours fait preuve, ont été d'une grande aide pour surmonter les difficultés et avancer dans nos travaux.

Je suis véritablement honorée de pouvoir bénéficier de votre encadrement et de pouvoir apprendre de votre expérience inégalée. Vos conseils éclairés et votre soutien indéfectible ont été essentiels pour ma réussite.

Veuillez accepter mes remerciements les plus sincères pour votre soutien, votre patience et votre engagement continu envers ma réussite.

A mon maître et juge de thèse

Professeur Salihoune Mouna

Professeur de l'enseignement supérieur d'Hépatogastroentérologie et Proctologie – CHU, Ibn Sina – Rabat

C'est avec une profonde gratitude que nous vous remercions de l'immense honneur que vous nous faites en acceptant de siéger au sein de notre respectable jury. Votre expertise et votre contribution en tant que juge de notre travail sont d'une valeur inestimable.

Votre engagement et votre dévouement envers l'excellence académique sont des sources d'inspiration pour nous.

Veuillez accepter mes remerciements les plus sincères et l'expression de notre grand respect envers vous.

A mon maître et juge de thèse

Professeur Majdouline Obtel

Professeur de l'enseignement supérieur en Épidémiologie et Santé Publique à La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

Je vous remercie du grand honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude, ma reconnaissance sincère, mon admiration et ma grande considération. Cher Maître, je tiens à vous témoigner notre profonde reconnaissance et notre grand respect.

A mon maître Professeur Houda Meyiz

Je tiens à vous exprimer ma sincère reconnaissance du fond du cœur pour votre précieuse aide et votre soutien tout au long de la rédaction de ma thèse. Votre encadrement attentif et bienveillant a été d'une valeur inestimable pour moi, et je suis véritablement reconnaissante de toutes les contributions que vous avez apportées. Votre expertise et votre générosité m'ont permis de progresser et d'atteindre un niveau de qualité que je n'aurais pu atteindre seule. Je vous suis vraiment reconnaissante pour tout ce que vous avez fait pour nous, et je saisis cette occasion pour vous exprimer ma sincère reconnaissance.

A mon maître Professeur Hassan Ouaya

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à votre égard pour votre accompagnement bienveillant, votre disponibilité constante et vos conseils avisés qui ont été d'une importance capitale dans la réalisation de cette thèse.

Je vous suis extrêmement reconnaissante pour votre dévouement et votre contribution précieuse qui ont grandement enrichi mon parcours.

Je tenais à vous exprimer mes sincères remerciements pour tout ce que vous avez fait.

Un grand remerciement à l'équipe de l'épidémiologie du CHU Mohammed VI de TANGER pour leur contribution à la réalisation de ce travail.



LISTE DES ABREVIATIONS



Abréviations

Anti-TNF	: Anti Facteur de nécrose tumorale
ASCA	: Les anticorps anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA)
Cancer CR	: Cancer Colo rectal
CCR	: cancer colo-rectal
CDAI	: Indice d'activité de la maladie de Crohn / Crohn's disease activity index
CDEIS	: Indice de sévérité endoscopique de la maladie de Crohn / Crohn's disease endoscopy index of severity
CRP	: Protéine C réactive
ECCO	: l'European Crohn's and Colitis Organisation
GETAID	: Groupe d'Etude Thérapeutique des Affections Inflammatoires Digestives
IBDQ	: Questionnaire pour évaluer la qualité de vie des patients atteints de MICI.
IOIBD	: l'International Organisation for Inflammatory Bowel Disease.
IPAA	: La procto-colectomie restauratrice avec anastomose poche iléale-anale
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
LAP	: Lésions ano-perineales
MC	: La Maladie de Crohn
MEI	: Les manifestations extra-intestinales
MICI	: Maladie inflammatoire chronique de l'intestin

Nb	: Nombre
NFS	: Numération formule sanguine
pANCA	: les anticorps péri nucléaires atypiques anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles
PDAI	: Indice d'activité de la maladie périnéale / Perianal disease activity index
PET	: Programme d'Éducation Thérapeutique
PNN	: Les polynucléaires neutrophiles
QdV	: La qualité de vie
RCH	: La Recto colite hémorragique
RMM	: Relation médecin-malade
SES CD	: Score d'activité endoscopique simplifié pour la maladie de Crohn
TDM	: La Tomodensitométrie
TEV	: Thromboembolie veineuse
TMPT	: Thiopurine méthyltransférase
UCDAI	: Indice d'activité de la RCH
VS	: Vitesse de sédimentation
5-ASA	: L'acide 5-aminosalicylique
6-MP	: 6-Mercaptopurine



***LISTE
DES ILLUSTRATIONS***



Liste des figures

Figure 1: Phénotypes de la RCH selon la classification de Montréal	13
Figure 2: Comportement de la MC selon la classification de Montréal représenté en entérographie par résonance magnétique et illustré par des symptômes typiques.....	18
Figure 3: Les lésions élémentaires dans la maladie de Crohn.....	27
Figure 4 : Proposition de traitement de la maladie de Crohn (MC)	43
Figure 5: Fusionner les objectifs de traitement des patients et des médecins.....	61
Figure 6: Évaluation des résultats du traitement	68
Figure 7: Répartition des sujets interrogés selon l'âge	76
Figure 8: Répartition des sujets interrogés selon le sexe	77
Figure 9: Répartition des sujets interrogés selon l'origine	78
Figure 10: Répartition des sujets interrogés selon le statut matrimonial.....	79
Figure 11: Répartition des sujets interrogés selon la couverture sociale	80
Figure 12: Répartition des sujets interrogés selon le niveau scolaire.....	81
Figure 13: Répartition des sujets interrogés selon le type de la maladie : Maladie de Crohn/RCH.....	83
Figure 14: Localisation de la maladie selon la classification de Montréal.....	84
Figure 15: Traitement actuel.....	85
Figure 16: Les réponses sur « le nom de la maladie »	88
Figure 17: Les réponses sur « la nature inflammatoire de la maladie »	89
Figure 18: Les réponses sur « le facteur de risque héréditaire »	89
Figure 19: Les réponses sur « la chronicité de la maladie »	90
Figure 20: Les réponses sur « Lien entre la maladie l'état psychologique »	90
Figure 21: Les réponses sur « Les manifestations extra-digestives et MICI »	91

Figure 22: Les réponses sur « Les manifestations extra-digestives les plus connus par les patients »	91
Figure 23: Les réponses sur « Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? ».....	92
Figure 24: Les réponses sur « le régime alimentaire sans résidus au moment des poussées».....	92
Figure 25: Les réponses sur « Le nom du traitement ».....	94
Figure 26: Les réponses sur « Patients ayant reçu des informations avant de démarrer le traitement »	94
Figure 27: Les réponses sur « La durée limitée d'utilisation des corticoïdes »	94
Figure 28: Les réponses sur « La connaissance du rythme de surveillance de l'Azathioprine et 6-MP ».....	94
Figures 29, 30: Les réponses sur « La connaissance des risques des immunosuppresseurs».....	95
Figure 31: Les réponses sur « Le traitement contre-indiqué en cas de projet de grossesse ».....	96
Figure 32: Les réponses sur « Est-ce-que la maladie peut affecter la : fertilité, sexualité et grossesse »	97
Figure 33: Les réponses sur « Est-ce-que la maladie peut se compliquer »	98
Figure 34: Les réponses sur « Est-ce-que la maladie peut se dégénérer ».....	98
Figure 35, 36: Les réponses sur « Les sources d'informations »	100
Figure 37: Évaluation des informations fournies par les différentes sources selon les patients	100
Figure 38: Les connaissances des patients sur les MICI selon leur propre estimation	101
Figure 39: Les réponses sur « La relation médecin-malade ».....	101
Figure 40: Corrélation entre l'âge des patients et le taux des réponses correctes.....	104

Liste des tableaux

Tableau 1: Classification topographique de la recto-colite hémorragique	13
Tableau 2: Définition des lésions histologiques fréquemment observées au cours de la RCH.....	14
Tableau 3: Classification de Montréal de l'activité de la RCH.....	16
Tableau 4: Score Mayo pour la RCH.....	16
Tableau 5 : Indice UCEIS (Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity).....	17
Tableau 6: Classification anatomique élémentaire des lésions anopérinéales de la maladie de Crohn : Classification de Cardiff.....	20
Tableau 7: Classification de Montréal de la maladie de Crohn	23
Tableau 8: Score CDAI (Crohn's disease activity index)	26
Tableau 9: Score de Harvey-Bradshaw	26
Tableaux 10: Score endoscopique simple pour la Maladie de Crohn (SES-CD) et Score CDEIS (crohn's disease endoscopy index of severity)	28
Tableau 11: Score de Rutgeerts	28
Tableau 12: Les manifestations et les complications extra-intestinales dans les MICI.....	29
Tableau 13: Niveaux de preuve des recommandations de traitement pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.....	32
Tableau 14: Obstacles à la communication dans les MICI.....	58
Tableau 15: Outils de conseil pour les options de traitement à long terme des MICI .	64
Tableau 16 : Approche par étapes pour améliorer la communication patient-médecin, du diagnostic à l'évaluation des résultats thérapeutiques.....	68
Tableau 17: Répartition des sujets interrogés selon les antécédents personnels.....	82
Tableau 18: Tableau récapitulatif des données démographiques.	86
Tableau 19: Médiane et moyenne des réponses correctes	87

Tableau 20: Pourcentage des réponses correctes : Connaissances générales	92
Tableau 21: Pourcentage des réponses correctes : Traitement	96
Tableau 22: Pourcentage des réponses correctes : Complications	98
Tableau 23: Les sources d'informations des patients et niveau de satisfaction	102
Tableau 24: Perception des patients sur leur connaissance de leur maladie et évaluation de la relation médecin-patient	102
Tableau 25: Tableau récapitulatif des connaissances pour chaque volet du questionnaire.....	103
Tableau 26: Médiane des réponses correctes selon le sexe des patients	104
Tableau 27: Médiane des réponses correctes selon l'origine des patients.....	105
Tableau 28: Médiane des réponses correctes selon le statut matrimonial des patients	105
Tableau 29: Médiane des réponses correctes selon la couverture sociale des patients	106
Tableau 30: Médiane des réponses correctes selon le niveau scolaire des patients ...	107
Tableau 31: Médiane des réponses correctes selon les antécédents familiaux de MICI.....	108
Tableau 32: Médiane des réponses correctes selon le type de la maladie	109
Tableau 33: Corrélation entre l'ancienneté de la maladie, le nombre de poussées et le taux de réponses correctes	110
Tableau 34: Médiane des réponses correctes selon les informations reçues avant le traitement.....	111
Tableau 35: Médiane des réponses correctes selon les sources d'information.....	112
Tableau 36: Médiane des réponses correctes selon la relation médecin-malade	113
Tableau 37: Tableau récapitulatif des résultats analytiques	114
Tableau 38: Tableau récapitulatif des données démographiques selon les différentes études.....	119



SOMMAIRE



I- INTRODUCTION	2
II- DEFINITIONS DES MICI	5
1- La maladie de Crohn	5
2- La rectocolite hémorragique.....	6
III- DIAGNOSTIC des MICI	8
1- La Recto-colite hémorragique	8
1.1- Présentation clinique.....	8
1.2- Diagnostic positif de la RCH	9
1.3- Évaluation de l'activité	15
2- La maladie de Crohn	18
2.1- Présentation clinique.....	18
Facteurs de mauvais pronostic.....	20
2.2- Diagnostic positif de la Maladie de Crohn	21
2.3- Évaluation de l'activité	25
3- Manifestations extra-digestives associées aux MICI.....	28
IV- TRAITEMENT DES MICI	31
1- La Recto-colite Hémorragique (RCH).....	32
1.1- Traitement selon le site de la RCH et son degré d'activité.....	32
1.2- Traitement selon le profil de réponse thérapeutique	35
1.3- Traitement d'entretien de la RCH	36
2- La Maladie de Crohn (MC).....	38
2.1- Traitement selon le site et l'activité de la maladie.....	38

2.2- Traitement selon l'évolution ou le comportement de la maladie	41
3- Effets secondaires du traitement	43
3.1- Les salicylés, la sulfasalazine ou ses dérivés 5- aminosalicylés	43
3.2- Les Corticostéroïdes	43
3.3- Thiopurines : AZATHIOPRINE / 6-MERCAPTOPURINE	44
3.4- Anti-TNF	47
4- Place de la chirurgie	48
4.1- La Rectocolite hémorragique	48
4.2- Maladie de Crohn	48
V- RELATION MEDECIN MALADE (RMM)	51
1- Définition	51
2- Retentissement sur les connaissances des malades	54
3- Communiquer avec patients atteint de MICI	55
VI- OBJECTIF DE L'ETUDE	70
VII- MATERIEL ET METHODES	72
1- Type et lieu d'étude	72
2- Critères d'inclusion	72
3- Critères d'exclusion	72
4- Déroulement de l'étude	72
5- Paramètres mesurés « Questionnaire »	73
6- Analyse des données	74
VIII- RESULTATS DESCRIPTIFS	76
1- Profil démographique	76

1.1- Age.....	76
1.2- Sexe.....	77
1.3- Origine	78
1.4- Statut matrimonial	79
1.5- Couverture sociale	80
1.6- Niveau scolaire	81
1.7- Antécédents personnels.....	82
1.8- Antécédents de MICI dans la famille	82
2- Caractéristiques de la maladie	83
3- Le Traitement.....	85
4- Volets des connaissances de la maladie	87
4.1- Connaissances générales	88
4.2- Connaissances sur le traitement	93
4.3- Connaissances sur les complications	97
4.4- Sources d'information et Relation médecin-malade	99
5- Résultats analytiques	103
5.1- L'Age	104
5.2- Le sexe	104
5.3- L'origine.....	104
5.4- Le statut matrimonial.....	105
5.5- La couverture sociale	105
5.6- Le niveau scolaire.....	107
5.7- ATCD familiaux de MICI.....	108

5.8- Type de la maladie.....	109
5.9- L'ancienneté de la maladie / nombre de poussées	110
5.10- Informations reçues avant le traitement.....	111
5.11- Sources d'informations	112
5.12- Relation médecin-malade.....	113
IX- DISCUSSION	116
1- Données démographiques.....	117
2- Connaissances générales	120
3- Traitement.....	122
4- Complications	124
5- Sources d'information.....	126
6- L'impact de l'âge, l'ancienneté et l'activité de la maladie sur les connaissances des patients.....	129
7- L'impact du sexe sur les connaissances des patients.....	130
8- L'impact du niveau scolaire sur les connaissances des patients	130
9- L'impact du type de la maladie sur les connaissances des patients.....	131
10- L'impact de l'éducation thérapeutique sur l'état des connaissances	131
11- Limites de l'étude.....	135
12- Perspectives	136
X- CONCLUSION	138
XI- RESUMES	140
XII- ANNEXES.....	144
XIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	150



INTRODUCTION



I- INTRODUCTION

La maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) est un trouble complexe associé à une réponse immunitaire dérégulée aux déclencheurs environnementaux chez l'hôte génétiquement sensible. La fréquence de cette maladie augmente de façon spectaculaire dans le monde, avec les plus fortes augmentations dans les pays en développement et chez les jeunes enfants.

L'étiopathogénie de la maladie est très mal connue et les raisons de l'augmentation de sa fréquence dans les pays industrialisés sont probablement multifactorielles.

Les symptômes les plus fréquents de la MICI sont les douleurs abdominales et la diarrhée, qui peuvent considérablement altérer la qualité de vie des patients. En outre, les MICI peuvent être accompagnées de manifestations extra-intestinales compliquant souvent le tableau clinique.

Leur évolution est souvent imprévisible, marquée par des périodes de rémission entrecoupées d'épisodes de poussées.

La prise en charge des patients atteints de MICI est complexe et requiert une approche multidisciplinaire impliquant des gastro-entérologues, des chirurgiens, des psychologues, des infirmiers, des diététiciens et des travailleurs sociaux. Dans ce contexte, la connaissance de la maladie par les patients est primordiale pour une prise en charge optimale.

Il a été démontré dans des études antérieures que la connaissance des patients concernant leur maladie n'affecte pas la qualité de vie (QdV) [8]. Cependant, des recherches plus récentes ont établi que plus le niveau de connaissance de la maladie est élevé, plus la QdV des patients est meilleure. En revanche, un faible niveau de connaissances liées à la maladie peut entraîner une altération plus grave de la qualité de vie [9,10].

En effet, L'état de connaissance des patients de leur maladie jouent un rôle crucial dans la prise en charge thérapeutique. Cela favorise l'acceptation du diagnostic, l'implication active dans le traitement et une meilleure observance thérapeutique.

Le but de notre travail est de rapporter l'état de connaissance des patients atteints de MICI dans la région Nord du Maroc, et de réaliser une analyse complète en se comparant à l'ensemble des études qui se sont intéressées au même sujet.



DEFINITIONS DES MICI



II- DEFINITIONS DES MICI

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) sont causées par une interaction entre des facteurs génétiques et environnementaux qui perturbent les réponses immunitaires et affectent le système gastro-intestinal. Les deux formes les plus courantes de ces maladies sont la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH) [99]. Bien que ces maladies se manifestent principalement dans le système gastro-intestinal, elles peuvent également affecter d'autres systèmes organiques du corps [8].

La RCH et la maladie de Crohn présentent des différences en termes de prédisposition génétique, de facteurs de risque, ainsi que de caractéristiques cliniques, endoscopiques et histologiques. Les causes exactes de ces maladies inflammatoires de l'intestin sont inconnues, cependant, les individus génétiquement prédisposés semblent avoir des réponses immunitaires muqueuses dérégulées à la flore intestinale commensale, ce qui conduit à l'inflammation de l'intestin [75].

1- La maladie de Crohn

La maladie de Crohn a été décrite pour la première fois en 1932 comme une inflammation de l'iléon terminal par Crohn, Ginzburg et Oppenheimer dans une série de cas présentée lors de la réunion annuelle de l'American Medical Association en 1932 [23]. Cette maladie est une inflammation granulomateuse transmurale avec un mode de distribution discontinu survient le plus souvent dans l'iléon terminal, la région iléocæcale, le côlon et la région péri anale, mais elle peut atteindre tout le tube digestif de la bouche à l'anus [17, 76]. Elle se caractérise par des périodes de poussées et de rémissions, avec des symptômes variables tels que des douleurs abdominales, des diarrhées glairo-sanglantes, des

lésions ano-périnéales, des signes généraux (fièvre, asthénie, anorexie, amaigrissement). Des manifestations extra-intestinales peuvent également survenir, telles que l'arthrite, l'uvéite et les éruptions cutanées [76, 119].

D'après plusieurs études, après 10 ans d'évolution, près de 50% des patients développent une évolution pénétrante (sténose, fistule) et après 20 ans, 70 à 80% des patients ont recours à une chirurgie digestive [83, 120].

Les personnes atteintes de la maladie de Crohn ont un taux de mortalité légèrement plus élevé que la population générale, estimé à 1,52 fois celui de la population générale selon l'étude de Canavan et al. [19].

2- La rectocolite hémorragique

La rectocolite hémorragique (RCH) est décrite initialement sous le terme de « colite ulcérate » par Samuel Wilks à Londres en 1859 [93].

C'est une maladie intestinale inflammatoire récurrente et rémittente caractérisée par une inflammation des muqueuses qui commence généralement de manière distale et peut s'étendre progressivement pour impliquer tout le côlon [107]. Les lésions sont généralement diffuses et superficielles, la présentation clinique caractérisée par la présence d'une diarrhée chronique glairo-sanglante, des douleurs abdominales, un syndrome rectal et des signes généraux [107].

Les manifestations extra-digestives sont principalement ostéo-articulaires hépatobiliaires oculaires, cutanés ou cancéreuses [93].

Après 20 ans d'évolution, environ 50% des patients atteints de RCH développeront une atteinte pancolique [54].

La mortalité des patients atteints de RCH n'est pas supérieure à celle de la population générale. Cependant, les décès sont plus fréquents chez les patients présentant une maladie sévère, en particulier lors de périodes opératoires [21].



DIAGNOSTIC DES MICI



III- DIAGNOSTIC des MICI

Le diagnostic des MICI repose sur plusieurs éléments cliniques, endoscopiques, radiologiques et histologiques. Les symptômes varient en fonction de la gravité et de l'étendue de la maladie ainsi que des manifestations extra-intestinales associées. Environ 10% des patients initialement diagnostiqués avec une rectocolite hémorragique (RCH) sont réorientés vers un diagnostic de maladie de Crohn au cours des cinq premières années de suivi [47].

1- La Recto-colite hémorragique

1.1- Présentation clinique

La présentation clinique peut varier selon l'étendue de la maladie. Les patients atteints de proctite peuvent principalement présenter un syndrome rectal, tandis que dans la pancolite, une diarrhée sanglante et des douleurs abdominales peuvent être plus importantes. Il est à noter que 10% des patients atteints de rectite ou de colite gauche peuvent souffrir de constipation paradoxale [120].

Jusqu'à 15% des patients peuvent présenter d'emblée une forme sévère [51,69]. L'examen physique peut révéler un syndrome anémique, une sensibilité abdominale et de sang au toucher rectal. Une distension abdominale et un tympanisme à la percussion peuvent indiquer une dilatation du côlon, nécessitant une évaluation radiologique rapide [120].

Facteurs de risque de RCH

Facteurs protecteurs :

Le tabac et la réalisation précoce d'une appendicectomie avant l'âge de vingt ans en raison d'une appendicite ou d'une lymphadénite mésentérique sont associés à une diminution du risque de développer une rectocolite hémorragique (RCH) et à une réduction de sa sévérité [1].

Facteur de risque héréditaire :

La présence d'antécédents familiaux de la rectocolite hémorragique ou de maladie de Crohn est associée à une augmentation du risque de développer une RCH [1].

Facteurs de risque d'une colectomie :

La probabilité d'une colectomie dépend de l'étendue de la maladie, une revue systématique a montré que le taux de colectomie sur 10 ans est de 19 % pour les personnes atteintes de colite étendue, de 8 % pour la colite gauche et de 5 % pour la proctite, le sexe masculin, le jeune âge et des marqueurs inflammatoires élevés au moment du diagnostic augmentent également le risque de colectomie [34, 57].

A noter que les personnes atteintes de colite étendue ont également le risque le plus élevé de développer un cancer colorectal [57].

1.2- Diagnostic positif de la RCH

Examens biologiques

Les paramètres biologiques au diagnostic ont pour objectif d'évaluer l'activité et la sévérité de la maladie. Ils comportent un hémogramme qui peut révéler une hyperleucocytose et une thrombocytose d'origine inflammatoire et une anémie généralement microcytaire d'origine inflammatoire et/ou martiale, un dosage de la CRP qui est généralement bien corrélée à la sévérité de la RCH à l'exception des formes de RCH distale [116-120], et éventuellement de la calprotectine fécale, un bilan hépatique, un bilan hydro électrolytique, le dosage de l'albuminémie et de la vitamine D.

Il est également important de mettre à jour le calendrier vaccinal du patient [1, 51].

Dans les formes légères à modérées, il est possible que les examens biologiques, y compris les marqueurs d'inflammation systémique, peuvent être normaux.

Examens microbiologiques

Il est recommandé de réaliser une coproculture lors du diagnostic initial ainsi qu'en cas de rechute, que celle-ci soit de gravité modérée ou sévère [1].

Il est nécessaire de dépister systématiquement une infection à *Clostridium difficile* au diagnostic et au cours de chaque rechute afin d'exclure les infections entériques superposées [99]. Il est recommandé aussi de réaliser systématiquement une recherche de réactivation du CMV en cas de rechute chez un patient sous traitement immunosuppresseur et/ou biothérapie [1, 113, 129].

Un examen parasitologique des selles est nécessaire en cas de voyage en zone d'endémie parasitaire, et un dépistage d'infection sexuellement transmissible est recommandé en cas de contexte évocateur. Il est possible de réaliser d'autres examens biologiques en fonction des données cliniques [1].

Place des biomarqueurs

ASCA/pANCA

Les marqueurs sérologiques les plus étudiés sont les anticorps périmucléaires atypiques anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (pANCA) et les anticorps anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) de type IgA. Les pANCA sont détectables chez environ 65 % des patients atteints de RCH [1,102], mais ils sont non spécifiques et leur sensibilité est faible (0,55 %, IC à 95 % 0,53-0,58) ce qui en fait un test de diagnostic non recommandé [25].

Calprotectine fécale

Plusieurs protéines secrétées par les PNN sont utilisées comme marqueurs de l'inflammation intestinale au cours des MICI (calprotectine, élastase, lysozyme, et lactoferrine) [59] . Parmi ces marqueurs, la calprotectine fécale est le plus sensible [1].

La calprotectine fécale est une protéine qui peut être détectée dans les selles et qui est corrélée à une augmentation des neutrophiles dans l'intestin. Elle peut être utile pour exclure une maladie inflammatoire de l'intestin, car les patients ayant une faible calprotectine fécale ont moins de 1 % de chances d'avoir une maladie inflammatoire de l'intestin [15, 105, 120].

Cependant, la calprotectine ne permet pas de distinguer les différentes causes d'inflammation intestinale et ne peut donc pas être utilisée comme outil de diagnostic définitif dans la colite ulcéreuse [25, 120].

Néanmoins, Il existe une corrélation entre la calprotectine fécale et les indices endoscopiques qui évaluent la sévérité de la RCH [77].

Par conséquent, sa mesure utile pour le suivi des patients atteints de RCH en tant qu'alternative non invasive à un examen endoscopique[1].

Aspects endoscopiques de la RCH

La coloscopie reste la pierre angulaire du diagnostic de la RCH. Il est recommandé de réaliser une iléo coloscopie complète avec au moins deux biopsies par sites (y compris des zones d'apparence normale [2]) pour examen anatomopathologique. Ceci permettra de confirmer la présence de la maladie active et d'éliminer d'autres diagnostics différentiels possibles [1].

Les lésions endoscopiques commencent dès le bas rectum, au-dessus de la ligne pectinée et se propagent de manière continue sur une étendue variable, sans aucun intervalle de muqueuse saine.

Il existe 3 types de lésions élémentaires peuvent être observés: l'altération, voire une disparition complète de la trame vasculaire, des érosions et/ou ulcérations, ainsi qu'un érythème, une friabilité de la muqueuse pouvant saigner au contact de l'endoscope [1].

Jusqu'à 75 % des patients atteints de rectocolite hémorragique distale présentent une inflammation localisée autour de l'orifice appendiculaire, appelée patch cæcal [87, 120], et jusqu'à 20 % des patients atteints de pancolite peuvent présenter de légères modifications inflammatoires de l'iléon terminal appelées iléite à contre-courant [2, 120].

Dans les formes chroniques de la maladie, on peut observer un aspect raccourci et tubulisé du côlon avec une réduction voire une disparition des haustrations. De plus, on peut noter la présence de pseudo-polypes inflammatoires [1].

Classification de Montréal :

La classification de Montréal (tableau1) est la méthode consensuelle recommandée pour décrire l'étendue de la rectocolite hémorragique, car elle est importante pour déterminer la prise en charge thérapeutique et la surveillance endoscopique, en raison du risque de développement de dysplasie ou de cancer colorectal [1, 31, 54].

Selon cette classification, on distingue : les rectites isolées (E1), les colites gauches (E2) ne dépassant l'angle colique gauche et les colites étendues (E3) s'étendant au-delà de l'angle colique gauche[106].

Tableau 1: Classification topographique de la recto-colite hémorragique

Terminologie	Topographie	Description
E1	Rectite	Atteinte limitée au rectum (en aval de la charnière recto-sigmoïdienne)
E2	Colite gauche	Atteinte étendue au-delà de la charnière recto-sigmoïdienne mais ne s'étendant pas au-delà de l'angle colique gauche.
E3	Pancolite	Atteinte étendue au-delà de l'angle colique gauche

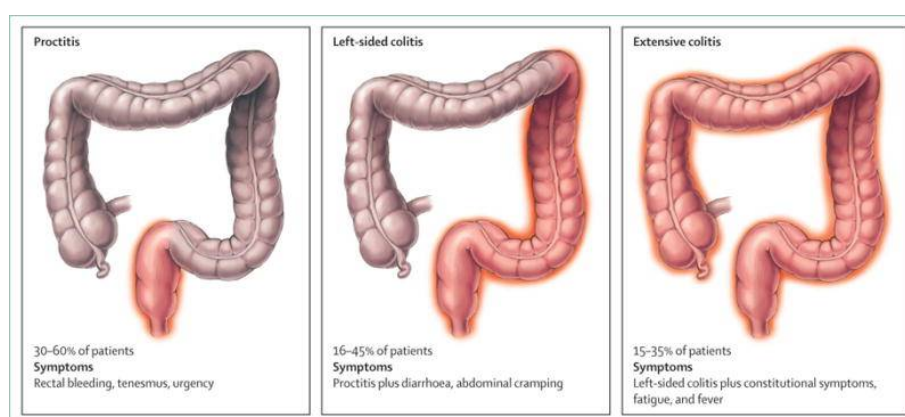


Figure 1: Phénotypes de la RCH selon la classification de Montréal

Analyse histologique

En cas de RCH, l'anatomopathologie joue un rôle crucial dans le diagnostic ainsi que dans le suivi de l'activité de la maladie et le dépistage des lésions dysplasiques et du cancer colorectal.

Étant donné que la RCH est une maladie inflammatoire limitée à la muqueuse, les anomalies histologiques classiquement observées sont polymorphes et parfois hétérogènes (Tableau 2).

Les quatre lésions histologiques à prendre en compte sont les suivantes :

- Modifications de l'architecture muqueuse
- Cellularité au niveau de la lamina propria
- Infiltration par des polynucléaires neutrophiles
- Anomalies de l'épithélium

Tableau 2: Définition des lésions histologiques fréquemment observées au cours de la RCH.

Aspect histologique	Définition
Infiltrat lymphoïde nodulaire	Au moins deux nodules lymphoïdes pourvus ou non de centre germinal, situé à la base de la muqueuse
Plasmocytose basale	Plasmocytes au niveau de la base de la lamina propria ou en dessous des cryptes
Abcès cryptique	Infiltrat à polynucléaires neutrophiles au sein de la lumière de la crypte
Modification de l'architecture des cryptes	Présence de cryptes branches, irrégulière, tortueuse, dilatée, réparties de façon irrégulière et hétérogène au sein de la muqueuse
Atrophie cryptique	Réduction de la taille des cryptes avec augmentation de l'espace séparant la base des cryptes et la musculaire muqueuse
Cryptite	Présence de polynucléaires neutrophiles au sein de l'épithélium des cryptes
Déplétion en mucines	Réduction franche des cellules à mucus (Goblet cells) au sein de l'épithélium cryptique
Métaplasie à cellules de Paneth	Présence dans l'épithélium de cellules caliciformes comportant des granulations éosinophiles, généralement retrouvée au niveau du côlon gauche et transverse
Ulcération / Érosion	Perte de substance de l'épithélium remplacé par un tissu de granulation avec présence d'amas de fibrine, d'un infiltrat à polynucléaires neutrophiles et de structures vasculaires désorganisées. L'ulcère est plus profond, atteignant la musculaire muqueuse

L'imagerie :

Les examens radiologiques de de l'intestin grêle ne sont pas recommandés pour le diagnostic de la RCH[37]. Néanmoins, il est souhaitable de réaliser une entéro-IRM, un entéroscanner ou une vidéocapsule endoscopique chez les patients ayant une iléite de reflux, une atteinte colique discontinue ou une épargne rectale[1].

Dans les cas de rectocolite hémorragique aiguë sévère, une radiographie abdominale simple doit être effectuée pour évaluer la présence d'un mégacôlon toxique (défini comme une dilatation du côlon transverse moyen $> 5,5$ cm), mais dans des cas équivoques, la TDM pourrait être utilisée comme modalité d'imagerie principale pour dépister les complications (par exemple, perforation, abcès, thrombose, ischémie) qui nécessitent une intervention chirurgicale d'urgence[84, 120].

1.3- Évaluation de l'activité :

Scores d'activité de la RCH (clinico-biologique)

De nombreux indices d'activité clinique, biologique et endoscopique ont été développés pour rendre compte de l'activité de la RCH.

La classification de Montréal (Tableau 3), basée sur **la classification de True Love and Witt** permet de classer l'activité de la RCH en quatre groupes : S0 rémission, S1 légère, S2 modérée et S3 sévère.

Tableau 3: Classification de Montréal de l'activité de la RCH

	S0 Remission	S1 Mild	S2 Moderate	S3 Severe
Stools/day	Asymptomatic	≤4	>4	≥6 and Present
Blood		May be present	Present	>90 bpm or
Pulse		All	minimal, or no signs	>37.5 °C or
Temperature		Normal	of systemic toxicity	<10.5 g/dL or
Haemoglobin				>30 mm/h
ESR				

Scores d'activité endoscopique

Les lésions élémentaires endoscopiques ont permis la construction de différents scores de sévérité endoscopique parmi lesquels **le sous-score endoscopique de la Mayo Clinic** (tableau 4) et l'**UCEIS** (Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity) (tableau 5). Ces deux scores prennent en compte l'intensité maximale des lésions observées.

L'UCEIS repose sur l'évaluation de trois composantes : l'altération de la trame vasculaire, le saignement muqueux et la présence d'érosions et ulcération. Ce score est le seul à avoir été validé [1, 107], cependant, le score Mayo est couramment utilisé dans la pratique clinique pour sa simplicité d'application [107].

Tableau 4: Score Mayo pour la RCH

Indice de la Mayo clinic	0	1	2	3
Sous score de fréquence des selles	0	1 à 2	3 à 4	>5
Sous score de saignement rectal	Absent	< 50% des émissions	>50% des émissions	Émissions isolées de sang pur
Sous score endoscopique	Aucune	Anomalies légères (érythème, diminution de la trame vasculaire, légère friabilité)	Anomalies modérées (érythème franc, disparition de la trame vasculaire, friabilité modérée, érosions)	Anomalies sévères (saignement spontané, ulcérations)
Évaluation globale du médecin	Normale	Légère	Modérée	Sévère

Activité de la maladie : Légère 3–5 ; Modéré 6–10 ; Sévère 11–12.

Tableau 5 : Indice UCEIS (Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity)

Trame vasculaire	1 : normal	trame vasculaire normale arborisation capillaire nettement visible
	2 : disparition partielle	disparition partielle de la trame vasculaire
	3 : disparition	disparition complète de la trame vasculaire
Saignement	1 : aucun	absence de sang visible
	2 : muqueux	traces de sang coagulé à la surface de la muqueuse, lavable lors de l'endoscopie
	3 : luminal, discret	présence de sang frais en faible quantité dans la lumière
	4 : luminal modéré ou sévère	présence nette de sang frais dans la lumière OU suintement hémorragique de la muqueuse persistant après lavage
Érosions et ulcères (lésions les plus sévères)	1 : aucune	absence d'ulcérations visibles
	2 : érosions	ulcérations planes(<5mm) à fond blanc ou jaune
	3 : ulcérations superficielles	ulcérations planes(>5mm), recouvertes d'un enduit fibrineux
	4 : ulcérations profondes	ulcérations creusantes, à bords surélevés

Marqueurs non invasifs reflétant l'activité : CRP, calprotectine fécale

Au-delà des signes cliniques et endoscopiques d'activité, le dosage de la protéine C-réactive (CRP) joue un rôle important dans l'évaluation de l'activité de la RCH. Un taux supérieur à 30 mg/L est considéré comme un critère de sévérité [15, 38].

En cas de colite aiguë grave traitée par corticothérapie intraveineuse, un taux de CRP supérieur à 45 mg/L combiné à plus de 8 selles liquides par jour après 72 heures de traitement est un indicateur prédictif de colectomie [45]. Bien que moins étudié que la CRP, un taux abaissé d'albumine sérique est également un marqueur d'intérêt. En revanche, le dosage de la calprotectine fécale est bien corrélé à la sévérité des lésions endoscopiques. Cependant, son rôle pronostique dans la prise en charge de la RCH n'a pas été démontré [1].

2- La maladie de Crohn

2.1- Présentation clinique

Les symptômes présentés peuvent être hétérogènes et insidieux. La présentation clinique dépend de la localisation de la maladie, de la gravité de l'inflammation et du comportement de la maladie [figure 2].

Les signes cliniques les plus fréquents comprennent les douleurs abdominales dans le quadrant inférieur droit, une diarrhée chronique et une perte de poids un syndrome de malabsorption, et/ou une altération de l'état général. Chez les patients présentant une atteinte du côlon, les principaux symptômes peuvent inclure des rectorragies ou une diarrhée sanglante.

La présence de fièvre doit toujours faire suspecter une complication septique [117].

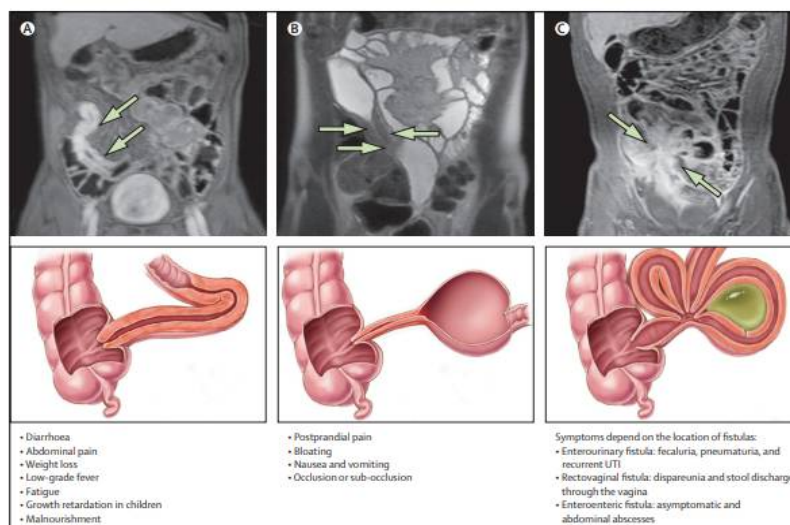


Figure 2: Comportement de la MC selon la classification de Montréal représenté en entérographie par résonance magnétique et illustré par des symptômes typiques

Les lésions anopérinéales (LAP) de la maladie de Crohn, se caractérisent par une atteinte principalement localisée au niveau du canal anal, de la peau du

périnée, du bas-rectum et de la cloison recto-vaginale [133].

Trois types de lésions élémentaires sont généralement distingués : les fistules, les ulcérations et les pseudo-marisques inflammatoires.

Les LAP peuvent se classer selon trois sous-groupe[132]:

- Les lésions primaires ano-périnéales (type I) : fissures, ulcères et pseudo-marisques inflammatoires traduisant l'activité inflammatoire de la maladie et évoluant au rythme de l'atteinte luminale.
- Les lésions ano-périnéales secondaires fistulisantes (type II) : fistules et abcès secondaires le plus souvent aux complications des lésions primaires apparaissant lors des poussées et pouvant persister en dehors des poussées.
- Les lésions ano-périnéales secondaires mécaniques (type III), comme les sténoses correspondant souvent à des lésions cicatricielles, survenant en dehors des poussées inflammatoires et évoluant pour leur propre compte.

La classification de Cardiff (ou classification UFS) présente l'avantage de prendre en considération l'ensemble des lésions anales de la maladie en les classant en trois rubriques classiques (ulcération, fistules et abcès, sténose) [Tableau 6] [131].

En ce qui concerne la distribution de la maladie, 25 % des patients ont une colite seule, 25 % une iléite seule et 50 % une iléocolite. Il est également constaté qu'environ un tiers des patients ont une atteinte périanale [35].

Tableau 6: Classification anatomique élémentaire des lésions anopérinéales de la maladie de Crohn : Classification de Cardiff

U : Ulcérations	F : Fistule / Abscès	S : Sténoses
0 absence	0 absence	0 absence
1 Fissure superficielle a) Antérieure ou postérieure b) Latérale c) Pseudo marisque	1 basse / superficielle a) Périnéale b) Anovulvaire / scrotale c) Inter sphinctérienne d) Ano vaginale	1 sténose réversible a) Spasme du canal anal b) Diaphragme du bas rectum c) Spasme avec douleur sévère, sans sepsis identifiable
2 ulcère profond a) Canal anal b) Bas rectum c) Avec extension périnéale	2 haute a) Borgne, supra-lévatorienne b) Haute directe c) Haute complexe d) Rectovaginale e) iléopérinéale	2 sténose irréversible a) Sténose anale b) Fibrose sténosante extra rectale

Facteurs de mauvais pronostic

Il est crucial d'identifier les patients présentant un risque d'évolution péjorative qui devront justifier des traitements plus agressifs du fait d'une histoire naturelle plus sévère.

Le consensus ECCO a identifié plusieurs facteurs prédictifs d'une évolution défavorable de la maladie de Crohn [41] :

- Un âge <40ans au moment du diagnostic
- Une maladie extensive
- La nécessité d'une corticothérapie à la première poussée de la maladie
- L'absence de cicatrisation de la muqueuse sous traitement
- Le tabagisme actif, qui est associé à une forme plus agressive de la maladie

2.2- Diagnostic positif de la Maladie de Crohn

Le diagnostic de la maladie de Crohn repose sur une combinaison de critères symptomatiques, biologiques, radiologiques, endoscopiques et histologiques démontrant des caractéristiques focales, asymétriques, transmuraux ou granulomateuses.[118]

Examens Biologiques

Au niveau biologique, l'anémie est fréquente lors du diagnostic (20 %), qu'elle soit ferriprive, inflammatoire, carencielle, hémolytique ou mixte, tout comme la thrombocytose. On peut retrouver également une hypoalbuminémie, des carences vitaminiques (folates, vitamine B12, vitamine D, etc.), et une élévation de la protéine C-réactive (CRP). Cependant, la CRP est mal corrélée à l'activité clinique et endoscopique de la MC. Les marqueurs fécaux de l'inflammation intestinale (calprotectine fécale et lactoferrine) peuvent être intéressants au diagnostic pour différencier d'un tableau de colopathie fonctionnelle, avec une valeur prédictive positive supérieure à 90 %.

Aspects endoscopiques de la MC

L'iléo coloscopie

L'iléocoloscopie avec biopsies est l'examen de référence pour le diagnostic et l'évaluation de l'extension de la MC.

L'aspect typique est une distribution segmentaire des lésions inflammatoires et ulcérées, souvent longitudinales, avec des intervalles de muqueuse saine, un aspect pavimenteux de l'iléon et/ou du côlon, la présence d'orifices fistuleux, de sténoses lumenales, et une atteinte anopérinéale[3].

Cependant, les lésions muqueuses ne sont pas spécifiques, et on retrouve un continuum de lésions de gravité croissante, prenant la forme de lésions non ulcérées (érythème, aspect boursoufflé, œdémateux ou pavimenteux) ou d'ulcérations aphtoïdes, puis d'ulcérations étendues et serpigneuses, voire creusantes dans les formes sévères.

La réalisation de biopsies multiples au niveau des érosions et des lésions ulcérées augmente la probabilité de retrouver des granulomes, pathognomoniques de la MC [66].

Il est recommandé (ECCO) de réaliser au moins deux biopsies sur chacun des six segments (iléon terminal, côlon droit, transverse, côlon gauche, sigmoïde et rectum), au niveau des zones inflammatoires mais également au niveau des zones saines[66].

L'œsogastroduodénoscopie

Elle est utile pour l'extension de la maladie (classification de Montréal), le diagnostic différentiel (maladie cœliaque), et en cas de signes cliniques (nausées, vomissements, dyspepsie), même si l'atteinte digestive haute est peu fréquente, et pour rechercher des éléments en faveur de la MC (granulomes, gastrite active sans *Helicobacter pylori*)[66].

Vidéocapsule

La vidéocapsule grêle endoscopique est recommandée chez patients avec une suspicion clinique de MC et avec une endoscopie normale. Sa sensibilité est supérieure aux examens en coupe, notamment pour les lésions muqueuses, et sa valeur prédictive négative est très élevée, Si une sténose est suspectée, le risque de rétention doit être évalué[66].

L'entéroscopie :

L'entéroscopie simple ou double ballon par voie haute ou basse, peut être indiquée pour réaliser des biopsies en cas de doute diagnostique, ou pour des gestes thérapeutiques (dilatation de sténoses, retrait de capsule bloquée, hémostase)[66].

Classification de Montréal

La classification de Montréal (mise à jour de la classification initiale de Vienne) classe les patients en fonction de leur âge au moment du diagnostic, de l'emplacement de la maladie et du comportement de la maladie[117].

Tableau 7: Classification de Montréal de la maladie de Crohn

<u>Age au diagnostic</u>	
<16 ans	A1
17-40 ans	A2
>40 ans	A3
<u>Localisation</u>	
Iléon +/- cœcum	L1
Côlon seul	L2
Iléon et côlon	L3
Tube digestif haut	L4
<u>Évolution</u>	
Inflammatoire	B1
Sténosante	B2
Fistulisante	B3
Maladie périnéale	P

Analyse histologique

Les granulomes et les anomalies architecturales focales des cryptes, associés à une inflammation chronique focale ou inégale [définie par la présence de lymphocytes et de plasmocytes], ou à la préservation de la mucine au niveau des sites actifs, sont des caractéristiques histologiques liées à la MC [66].

L'imagerie

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

L'échographie digestive est de plus en plus utilisée comme un outil efficace et accessible pour le diagnostic et la surveillance des maladies inflammatoires, en particulier dans les localisations coliques ou grêles. Elle permet d'évaluer l'extension de la maladie, son activité et la survenue de complications au cours du suivi. De plus, elle semble être capable d'évaluer la rémission transmurale ou endoscopique, de la MC [135].

C'est un examen non invasif, disponible, peu coûteux, et parfaitement acceptée par les patients [66]. Elle permet une évaluation rapide de l'épaisseur de la paroi intestinale et une visualisation directe de la vascularisation et de la motilité intestinales[66].

L'échographie de contraste, qui combine l'échographie conventionnelle avec l'injection intraveineuse d'un agent de contraste spécifique sous forme de microbulles d'un diamètre moyen de 3 μm . Cette approche offre une étude en temps réel de la vascularisation des organes ou des lésions, et présente un fort potentiel dans le domaine des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Place Entéro-TDM / Entéro-IRM

La tomodensitométrie et l'IRM sont toutes deux utilisées pour évaluer l'intestin grêle. Les deux techniques peuvent établir l'étendue et l'activité de la maladie en fonction de l'épaisseur de la paroi et de l'augmentation du contraste intraveineux[66, 97] Une comparaison directe de la TDM et de l'IRM pour le diagnostic d'une variété de lésions de l'intestin grêle démontre une sensibilité et une spécificité élevées, similaires pour les deux techniques[33, 66, 85, 96]. En raison de l'absence de rayonnement, l'IRM doit être préférée à la TDM, en particulier chez les patients jeunes [66, 85].

L'IRM ano-périnéale / Echographie endo-anale

IRM pelvi-périnéale est l'examen de choix pour le diagnostic et la classification des LAP, notamment des fistules, en complément de l'examen clinique sous anesthésie générale, avec une sensibilité supérieure à 90 %. Cet examen a montré son importance en préopératoire en diminuant le taux de récurrence de fistules par l'amélioration du drainage chirurgical[134].

L'échographie endo-anale peut être une alternative à l'IRM, avec également une très bonne sensibilité pour les fistules, mais une moins bonne détection des abcès.

Ces deux examens sont supérieurs à l'examen clinique pour l'évaluation de la réponse des lésions anopérinéales (fistules) sous traitement.

2.3- Évaluation de l'activité :

Scores d'activité clinico-biologiques

Le score CDAI (indice d'activité de la maladie de Crohn) est le plus utilisé pour l'évaluation des symptômes cliniques, avec une évaluation sur sept jours.

Un score < 150 correspond à une maladie en rémission clinique, un score entre 150 et 220 à une poussée légère, entre 220 et 450 à une poussée modérée, et > 450 à une poussée sévère. [Tableau 8].

Le score de Harvey-Bradshaw avec un recueil sur un jour est un score facile à utiliser en pratique clinique avec quelques critères uniquement du CDAI (≤ 2 : maladie inactive ; de 3 à 5 : activité faible ; de 6 à 10 : activité modérée ; et ≥ 11 : activité sévère) [Tableau 9].

Le score PDAI (perianal disease activity index) peut être utilisé en cas d'atteinte anopérinéale fistulisante.

Ces scores sont cependant mal corrélés aux lésions endoscopiques[90].

Tableau 8: Score CDAI (Crohn's disease activity index)

1. Nombres de selles liquides ou très molles :	[] [] [] [] × 2 = [] [] [] []
2. Douleurs abdominales : (0 = aucune ; 1 = légères ; 2 = moyennes ; 3 = intenses)	[] [] [] × 5 = [] [] [] []
3. Bien-être général : (0 = bon ; 1 = moyen ; 2 = médiocre ; 3 = mauvais ; 4 = très mauvais)	[] [] [] × 7 = [] [] [] []
4. Autres éléments liés à la maladie : Compter 1 pour chaque catégorie d'éléments présents et souligner l'élément présents :	[] [] × 20 = [] [] [] []
- arthrite, arthralgie - iritis, uvéite - érythème noueux, pyoderma gangrenosum, - stomatite aphteuse	- fissure, fistule, abcès anal ou péri-rectal - autre fistule - fièvre > 38 °C dans la dernière semaine
5. Prise d'anti-diarrhéiques : (0 = non ; 1 = oui)	[] [] × 30 = [] [] [] []
6. Masse abdominale : (0 = absente ; 2 = douteuse ; 5 = certaine)	[] [] × 10 = [] [] [] []
7. Hématocrite : Hématocrite = [] [] [] % Ajouter ou soustraire selon le signe : Hommes : 47 - Hte = [] [] [] Femmes : 42 - Hte = [] [] []	× 6 = [] [] [] []
8. Poids : Poids théorique = [] [] [] [] - Poids actuel [] [] [] [] Poids théorique - [] [] [] []	× 100 = [] [] [] [] × 1 = [] [] [] []
Total	CDAI = [] [] [] []

Tableau 9: Score de Harvey-Bradshaw

Bien-être général :

- Bon = 0
- Moyen = 1
- Médiocre = 2
- Mauvais = 3
- Très mauvais = 4

Douleurs abdominales :

- Absentes = 0
- Faibles = 1
- Moyennes = 2
- Intenses = 3

Selles liquides : nombre/jour

Masse abdominale :

- Absente = 0
- Douteuse = 1
- Certaine = 2
- Certaine et douloureuse = 3

Signes extra-digestifs, fistule, fissure anale : 1 point par item présent

Score (=somme)

Scores d'activité endoscopique

L'évaluation de l'atteinte inflammatoire repose sur l'utilisation des scores endoscopiques tels que **(CDEIS)** l'indice de gravité endoscopique de la maladie de Crohn, ou sa version simplifiée, **(SES-CD)** le score d'activité endoscopique simplifié pour la maladie de Crohn . Ces scores sont utilisés pour évaluer la cicatrisation complète de la muqueuse intestinale [58].

Le score de Rutgeerts est utilisé spécifiquement pour évaluer la maladie récurrente dans l'iléon néo-terminal après la chirurgie. Des études ont montré qu'il existait une corrélation entre l'intensité des lésions endoscopiques mesurée par ce score et le délai de la récurrence clinique [58].

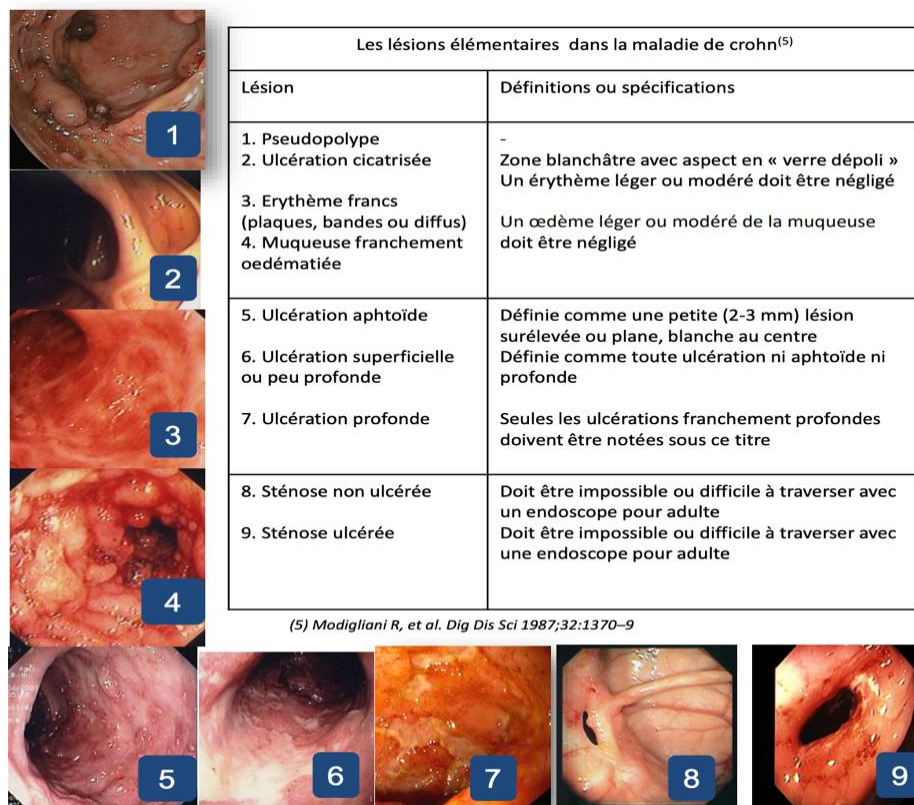


Figure 3: Les lésions élémentaires dans la maladie de Crohn

Tableaux 10: Score endoscopique simple pour la Maladie de Crohn (SES-CD) et Score CDEIS (crohn's disease endoscopy index of severity)

Le SES-CD est un score simplifié présentant une bonne corrélation avec le CDEIS

	Taille des ulcérations	Surface des ulcérations	Surface des lésions	Sténoses	Table de calcul du score CDEIS ⁽⁵⁾			
Iléon	0-3	0-3	0-3	0-3				
Colon droit	0-3	0-3	0-3	0-3				
Colon transverse	0-3	0-3	0-3	0-3				
Colon gauche	0-3	0-3	0-3	0-3				
Rectum	0-3	0-3	0-3	0-3				
					Ulcérations profondes 12 points	Ulcérations superficielles 6 points	Surface des lésions (0-10 cm*)	Surface des ulcérations (0-10 cm*)
Iléon					0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10
Côlon droit					0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10
Transverse					0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10
Côlon gauche					0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10
Rectum					0 ou 12	0 ou 6	0-10	0-10

Tableau 11: Score de Rutgeerts

Rémission endoscopique

i0 : pas de lésions dans l'iléon néo-terminal
i1 : <5 ulcérations aphtoïdes

Récidive endoscopique

i2 : >5 ulcérations aphtoïdes avec muqueuse intermédiaire normale, ou ulcérations plus larges confinées à l'anastomose (< 1cm de long)
i3 : iléite aphtoïde diffuse avec muqueuse intercalaire inflammatoire
i4 : iléite diffuse avec ulcérations larges ou nodules ou sténose

3- Manifestations extra-digestives associées aux MICI

Les MICI peuvent être associées à des manifestations chroniques inflammatoires qui touchent d'autres organes, notamment les articulations, la peau et le globe oculaire. Selon les séries, l'incidence de ces manifestations varie de 6 à 25%. Cependant, certaines de ces manifestations peuvent poser un problème diagnostique si elles précèdent les symptômes intestinaux, ou encore poser un problème thérapeutique si elles évoluent indépendamment des symptômes intestinaux. [139].

Tableau 12: Les manifestations et les complications extra-intestinales dans les MICI

Manifestations extra intestinales	Complications extra intestinales
Maladies musculo-articulaires: 20 à 30 % <ul style="list-style-type: none"> • Arthrites périphériques • Spondylarthrite ankylosante • Sacro-iliite isolée 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments induisant une ostéoporose et une ostéonécrose (corticoïdes, ...) • Infection bactérienne des articulations • Arthrite septique • Ostéomalacie (carence en vit. D, résection grêle)
Maladies cutanées <ul style="list-style-type: none"> • Erythème noueux (15 %) • Pyoderma gangrenosum (< 2 %) • Aphthose ou ulcération orale (10 à 30 %) • Psoriasis • Sweet syndrome • Epidermolyse bulleuse ? • Fissures anales • Fistules 	<ul style="list-style-type: none"> • Acrodermite entéropathique (carence en zinc) • Purpura (carence en zinc et Vitamine C) • Glossite (carence en vitamine B et zinc) • Perte de cheveux (carence en fer et protéines) • Perlèche (carence en fer) • Candidose (carence en zinc et immunosuppression) • Stomatite (methotrexate) • Rash, allergie induite par les médicaments • Acnée, atrophie cutanée (corticoïde)
Maladies oculaires <ul style="list-style-type: none"> • Uvéite antérieure (< 3 %) • Conjonctivite • Episclérite 	<ul style="list-style-type: none"> • Kératopathie (carence en vit. A) • Diminution de la vision nocturne (carence en vitamine A) • Infections opportunistes (immunosuppression) • Cataracte (corticoïdes)
Maladies hépato-biliaires <ul style="list-style-type: none"> • Cholangite sclérosante primitive (<3 %) • Hépatite granulomateuse de Crohn • Hépatite chronique auto-immune • Cirrhose biliaire ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Calcul biliaire • Stéatose hépatique
Maladies pancréatiques <ul style="list-style-type: none"> • Pancréatite aiguë • Pancréatite chronique 	<ul style="list-style-type: none"> • Pancréatite secondaire aux traitements (5 ASA, azathioprine) • Pancréatite biliaire
Maladies vasculaire et sanguine <ul style="list-style-type: none"> • Thrombose • Anémie hémolytique auto immune ? • Purpura thrombocytopénique (Moschcowitz syndrome) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anémie (carence en fer, folate, vitamine B12) • Thrombocytose • Hyperleucocytose • Hypercoagulation : thrombose périphérique et profonde
Maladies rénales <ul style="list-style-type: none"> • Protéinurie tubulaire • Glomérulonéphrite • Néphrite interstitielle 	<ul style="list-style-type: none"> • Lithiase urinaire (oxalate, acide urique) • Infection locale uréthro-génitale • Néphrite aiguë interstitielle (5 ASA) • Insuffisance rénale induite secondaire (5 ASA, ciclosporine) • Amylose rénale
Maladies broncho-pulmonaires <ul style="list-style-type: none"> • Bronchite chronique, bronchectasie • BOOP, pneumopathie interstitielle • Laryngo-trachéite aiguë • Sténose trachéale • Pleurésies séreuses 	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumopathie médicamenteuse (MTX, 5 ASA) • Fibrose pulmonaire médicamenteuse (MTX) • Pleurésie induite par les médicaments • Infections opportunistes (IS)
Maladies cardiaques <ul style="list-style-type: none"> • Péricardite • Myocardite 	<ul style="list-style-type: none"> • Péricardite médicamenteuse (5 ASA)
Maladies neurologiques <ul style="list-style-type: none"> • Maladie démyélinisante • Névrite optique 	<ul style="list-style-type: none"> • Neuropathie périphérique (carence en B12) • Leuco-encéphalite induite (IFX, natalizumab) • Polynévrite (métronidazole)



TRAITEMENT DES MICI



IV- TRAITEMENT DES MICI

Les options thérapeutiques disponibles pour les MICI se développent rapidement. Dans les prochaines années, les médecins seront confrontés à un nombre sans précédent d'options lorsqu'ils choisiront les meilleurs traitements pour les patients atteints de MICI[80].

Les objectifs du traitement médical ont été décrits comme suit[111] :

1. Traitement clinique et amélioration de l'état clinique de l'individu
2. Réduire les effets secondaires cliniques du patient
3. Améliorer la qualité de vie
4. Réduire l'intoxication médicamenteuse
5. Soutien nutritionnel pour le patient
6. Restreindre le besoin d'hospitalisation ou de chirurgie du patient.

Le choix du traitement est basée sur l'étendue, le degré de gravité de la maladie, de sa réactivité aux traitements antérieurs et de la situation individuelle du patient[5].

Le traitement doit toujours être adapté au site, à l'étendue et à l'évolution de la maladie chez chaque patient, avec d'autres adaptations guidées par la réponse clinique [tableau13][123].

Tableau 13: Niveaux de preuve des recommandations de traitement pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Crohn's disease			Ulcerative colitis		
Involvement/course	Treatment	Evidence level	Involvement/course	Treatment*	EvidencD
Ileocecal involvement	Budesonide	I	Proctitis	Topical mesalazine	II
	Mesalazine	II		Plus topical steroids	II
	Glucocorticoids (syst.)	I		Topical tacrolimus	II
Colonic involvement	Sulfasalazine	I	Left colitis, if mesalazine-resistant	Mesalazine (topical + systemic) then glucocorticoids	II
	Glucocorticoids	I			III
Small-bowel involvement	Glucocorticoids	II	Widespread involvement, if mesalazine-resistant	Mesalazine (topical + systemic) then glucocorticoids	I III
Steroid-resistant course	Anti-TNF α or anti-integrin Antibodies	I I	Severe course	Glucocorticoids i. v.	II
Maintenance of remission(steroid-dependent)	Azathioprine	I	Steroid-resistant course	Cyclosporine	I
	6-mercaptopurine	II		Infliximab	I
	Methotrexate	II		Tacrolimus	II
	Anti- TNF α antibodies	I	Maintenance of remission if mesalazine-intolerant if mesalazine-resistant or steroid-dependent	Mesalazine	I
	Anti-integrin antibodies	I		then E. coli Nissle	I
				then azathioprine/6-mercaptopurine, anti-TNF α or -integrin antibodies	I I

1- La Recto-colite Hémorragique (RCH)

1.1- Traitement selon le site de la RCH et son degré d'activité

Rectite

Le traitement de première ligne de la rectite consiste en l'utilisation de 5-ASA sous forme topique. Les suppositoires sont préférables aux lavements en raison d'une meilleure tolérance et d'une administration plus ciblée de la dose de 5-ASA.

Selon les résultats de deux méta-analyses, les 5-ASA topiques se sont avérés plus efficaces que les corticoïdes topiques dans le traitement de la RCH.

Les corticoïdes topiques sont donc généralement réservés en cas d'échec ou d'intolérance aux 5-ASA topiques.

L'ajout de 5-ASA par voie orale à un traitement topique est plus efficace que le traitement topique seul. En cas de rectite réfractaire, l'utilisation de la corticothérapie systémique, un immunosuppresseur et/ou une biothérapie est recommandé [1, 42].

Colite gauche

Le traitement de la RCH colique gauche, légère à modérée, repose sur l'association de 5-ASA en lavement et par voie orale, car cette combinaison s'est avérée plus efficace que l'utilisation des 5-ASA oraux seuls ou des lavements de 5-ASA seuls.

La corticothérapie systémique orale s'est avérée efficace pour induire la rémission chez les patients qui ne répondent pas aux 5-ASA.

Si le saignement rectal persiste malgré deux semaines de traitement approprié ou en l'absence de rémission clinique après 8 semaines, il faut considérer l'absence de réponse aux 5-ASA.

La corticothérapie par budésonide 9 mg/jour peut également être discuté envisagé en cas d'intolérance ou d'absence de réponse aux 5-ASA [1, 42].

Pancolite

Le traitement de la RCH pancolique légère à modérée implique l'utilisation combinée de 5-ASA en lavement et par voie orale.

Il n'est pas nécessaire d'augmenter la dose de 5-ASA chez les patients en rémission clinique sans cicatrisation muqueuse ou chez ceux présentant une calprotectine fécale persistamment élevée. En cas d'intolérance aux 5-ASA, d'absence de réponse ou de forme sévère de la maladie, la corticothérapie systémique est recommandée.

Les formes cortico-dépendantes nécessitent un traitement de fond par thiopurines ou anti-TNF alpha [1, 42].

RCH sévère

Les patients présentant une poussée sévère de rectocolite hémorragique (RCH) sont déterminés selon les critères modifiés de Truelove et Witts, qui comprennent des symptômes tels que 6 émissions sanglantes par jour et la présence d'au moins un signe parmi : une température supérieure à 37,8°C, une fréquence cardiaque supérieure à 90 battements par minute, une hémoglobine inférieure à 10,5 g/dL ou une protéine C-réactive supérieure à 30 mg/L. Ces patients doivent être hospitalisés.

Les patients âgés de plus de 60 ans ou ayant des comorbidités présentent un risque élevé de mortalité.

Le traitement initial recommandé pour ces patients est l'administration de corticoïdes par voie intraveineuse, et il est essentiel d'évaluer la réponse au traitement au troisième jour.

Les non répondeurs (plus de 8 évacuations ou plus de 3 évacuations et une CRP supérieure à 45 mg/dl) sont candidats à la chirurgie ou à un traitement de deuxième ligne par Ciclosporine, Infliximab ou Tacrolimus.

La colectomie est indiquée chez les malades qui ne s'améliorent pas après 4 à 7 jours de traitement [42].

1.2- Traitement selon le profil de réponse thérapeutique

RCH active corticodépendante

En cas de corticodépendance chez un patient n'ayant pas encore reçu d'immunosuppresseur, différentes options thérapeutiques sont possibles, telles que les thiopurines, les anti-TNF (adalimumab, golimumab ou infliximab) ou le védolizumab. En cas d'antécédent d'échec d'un anti-TNF, le choix du traitement de deuxième ligne doit prendre en compte la nature de l'échec de l'anti-TNF (non-réponse primaire, perte de réponse secondaire, ou intolérance)

En cas de non-réponse initiale ou d'effets indésirables liés aux médicaments anti-TNF, des options alternatives à envisager en deuxième ligne sont le védolizumab, l'ustékinumab et le tofacitinib. Si le védolizumab échoue en première ligne, les alternatives de deuxième ligne comprennent les anti-TNF, l'ustékinumab et le tofacitinib.

Il est important de noter que l'association d'un anti-TNF avec un immunosuppresseur est plus efficace que la monothérapie avec l'infliximab, et semble préférable avec l'adalimumab et le golimumab. Cependant, il n'est pas recommandé d'associer un immunosuppresseur avec le védolizumab, l'ustékinumab et le tofacitinib [1, 42].

RCH active corticorésistante

En cas de résistance aux corticostéroïdes dans le traitement de la rectocolite hémorragique active, il est recommandé d'associer l'infliximab à une thiopurine.

En cas de précédent échec d'un traitement anti-TNF, le choix du traitement doit prendre en compte le type d'échec rencontré (non-réponse initiale, perte de réponse ultérieure ou intolérance) et peut nécessiter des évaluations

pharmacocinétiques. En cas de non-réponse initiale ou d'intolérance aux anti-TNF, des options thérapeutiques telles que l'ustékinumab, le védolizumab, le tofacitinib et la colectomie peuvent être envisagées [1, 42].

RCH active réfractaire aux immunosuppresseurs

En cas de RCH active réfractaire aux immunosuppresseurs conventionnels, notamment aux thiopurines, il est recommandé d'effectuer une évaluation endoscopique approfondie ainsi que la recherche de diagnostics différentiels.

En cas de résistance aux immunosuppresseurs, un traitement par anti-TNF ou par védolizumab est indiqué.

En cas d'échec du traitement, un autre anti-TNF ou vedolizumab doit être envisagé et une colectomie recommandée si la poursuite du traitement médical n'apporte pas de bénéfice clinique clair. [1, 42]

1.3- Traitement d'entretien de la RCH

Le traitement d'entretien de la RCH vise à atteindre une rémission clinique durable et une cicatrisation muqueuse sans recours aux corticoïdes.

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

La grande majorité des patients atteints de RCH nécessitent un traitement de fond, à l'exception de certaines formes rectales qui peuvent être traitées selon un schéma à la demande [1, 42].

Les 5-ASA

Les 5-ASA sont généralement prescrits en première intention comme traitement d'entretien, après une réponse au traitement d'induction par 5-ASA ou corticoïdes (topiques ou oraux).

Les 5ASA oraux sont indiqués en traitement d'entretien des colites gauche (E2) et des pancolites (E3).

Les 5-ASA topiques sont le traitement d'entretien de choix pour les rectites et peuvent être considérés comme une option pour la colite gauche. En cas de non-réponse ou d'intolérance, l'association de 5-ASA topiques et oraux peut être envisagée comme une alternative de traitement de deuxième intention.

Les 5-ASA doivent être poursuivie sur le long terme et pourrait réduire le risque de cancer colorectal

Les Thiopurines

Les thiopurines sont recommandées dans le traitement d'entretien de la RCH légère à modérée, lorsque la maladie est insuffisamment contrôlée par les 5-ASA à pleine dose, en cas de corticodépendance ou après réponse à un traitement d'induction par ciclosporine ou au tacrolimus en cas de corticorésistance.

Les Biothérapies :

Les malades répondeurs aux anti-TNF en traitement d'induction devraient être traités par l'anti TNF en traitement d'entretien. Les thiopurines sont une alternative possible.

Chez les malades qui répondent au vedolizumab en traitement d'induction, le maintien de la rémission par le vedolizumab est approprié.

Les patients atteints de colite sévère qui répondent au traitement d'induction par des corticoïdes, de la ciclosporine ou du tacrolimus devraient recevoir un traitement d'entretien à base de thiopurines. Ceux qui ont répondu à l'infliximab devraient continuer à être traités par l'infliximab. L'efficacité de l'adalimumab et du golimumab n'a pas été évaluée dans le traitement des colites aiguës graves.

2- La Maladie de Crohn (MC)

Le plan de prise en charge d'un patient atteint de MC doit tenir compte de l'activité, du site et du comportement de la maladie et doit toujours être discuté avec le patient [38].

2.1- Traitement selon le site et l'activité de la maladie

MC iléo-caecale localisée peu active

Le budésonide 9 mg par jour est le traitement privilégié pour induire une rémission dans la MC iléocaecale localisée peu active, car il est supérieur au placebo (*risque relatif [RR] 1,93, IC à 95 % 1,37–2,73*) avec moins d'effets secondaires. 50 à 60 % des patients atteints de MC iléo-colique légère obtiennent une rémission à 8 semaines sous budésonide [38].

MC iléocaecale localisée modérément active

Pour la MC modérément active, le budésonide ou la prédnisolone sont des traitements d'induction initiaux appropriés. La prédnisolone est très efficace, mais provoque plus souvent des effets secondaires que le budésonide.

Une stratégie à base d'anti-TNF doit être utilisée comme alternative pour les patients qui ont été précédemment réfractaires ou intolérants aux stéroïdes.

Pour certains patients qui ont une maladie rarement récurrente, la reprise des stéroïdes avec un immunomodulateur peut être appropriée [5, 38].

MC iléocaecale localisée sévèrement active

La maladie de Crohn iléo-cæcale localisée sévèrement active doit être traitée initialement par des corticoïdes systémiques. Pour ceux qui ont rechuté, une stratégie à base d'anti-TNF est appropriée. La chirurgie est une alternative raisonnable pour les patients atteints d'une maladie réfractaire au traitement médical conventionnel et doit également être discutée [NP3]. Pour certains patients qui ont une maladie rarement récurrente, la reprise des stéroïdes avec un immunomodulateur peut être appropriée.

Chez les patients réfractaires aux stéroïdes et/ou aux anti-TNF, le vedolizumab est une alternative appropriée [38, 119].

Maladie de Crohn Colique

Les corticostéroïdes systémiques tels que la prednisolone ou équivalent restent le traitement de première intention avec des immunomodulateurs comme agents d'épargne des stéroïdes pour ceux qui ont rechuté.

Si les symptômes persistent malgré les stéroïdes ou lorsque les patients rechutent dans les mois suivant leur dernière dose de stéroïdes [avec ou sans immunomodulateurs], un traitement anti-TNF doit être instauré. Si les patients ne répondent pas ou perdent la réponse au traitement anti-TNF, la chirurgie ou le vedolizumab sont alors appropriés [26, 38].

Maladie étendue de l'intestin grêle

La charge inflammatoire et le niveau de malabsorption sont plus importants dans les maladies étendues [>100 cm] que dans les maladies localisées de l'intestin grêle, entraînant souvent des carences nutritionnelles. Le traitement avec des stéroïdes et l'introduction précoce d'immunomodulateurs concomitants [pour leur effet d'épargne des stéroïdes] sont considérés comme appropriés.

Un soutien nutritionnel doit être administré en complément d'un autre traitement et peut être considéré comme un traitement primaire si la maladie est bénigne.

Cependant, l'introduction précoce d'un traitement anti-TNF doit également être envisagée, en particulier chez les patients présentant des indicateurs cliniques de mauvais pronostic.

Les options chirurgicales doivent également être envisagées et discutées [26, 38].

Maladie œsophagienne et gastroduodénale

La maladie de Crohn œsophagienne ou gastroduodénale légère peut être traitée uniquement par un inhibiteur de la pompe à protons. Une maladie plus sévère ou réfractaire nécessite des corticoïdes systémiques supplémentaires ou une stratégie à base d'anti-TNF.

La dilatation ou la chirurgie sont appropriées pour les symptômes obstructifs [26, 38].

2.2- Traitement selon l'évolution ou le comportement de la maladie

Les décisions de traitement diffèrent entre les patients lors de la présentation initiale et de la rechute ultérieure, en fonction du schéma de rechute et de la réponse antérieure au traitement.

Traitement de la rechute par rapport à la maladie nouvellement diagnostiquée

Le traitement initial de la rechute doit être basé sur des thérapies précédemment couronnées de succès. Cependant, il convient de tenir compte d'autres facteurs, notamment la préférence du patient [effets indésirables, rapidité de réponse nécessaire, commodité, etc.], le délai avant la rechute, le traitement concomitant [si une rechute s'est produite pendant le traitement par immunomodulateurs] et l'observance du traitement [26, 38].

Rechute précoce

Tout patient qui a une rechute précoce [définie comme une période arbitraire de <6 mois] doit être mis sous immunomodulateur pour réduire le risque d'une nouvelle rechute. Les avis restent partagés quant à savoir s'il faut utiliser le même traitement pour induire une rémission et diminuer plus lentement ou utiliser une thérapie d'induction plus puissante. Les patients qui ont une rechute d'activité modérée ou sévère doivent être envisagés pour un traitement anti-TNF, car l'infliximab est plus efficace que l'azathioprine au début [durée <2 ans], les patients naïfs de traitement atteints de MC et il y a un avantage significatif à utiliser l'association d'infliximab et d'azathioprine. Le védolizumab peut être envisagé chez les patients en échec aux anti-TNF ou chez les patients en échec de l'activité immunosuppressive modérée de la maladie [26, 38].

Maladie de Crohn réfractaire corticostéroïdes

Pour la MC active réfractaire aux stéroïdes, les complications locales [telles qu'un abcès] doivent être exclues par une imagerie appropriée et d'autres causes de symptômes persistants doivent être prises en compte. Si la MC active est confirmée, un traitement immunosuppresseur, anti-TNF ou vedolizumab est approprié.

Il est également possible que la combinaison de stéroïdes avec un agent anti-TNF et un immunomodulateur puisse améliorer les résultats.

Les options chirurgicales doivent également être envisagées et discutées à un stade précoce [26, 38].

Maladie de Crohn ano-perineale fistulisante

Des recommandations ont été récemment publiées sur ce sujet par l'International Organisation for Inflammatory Bowel Disease (IOIBD). Les salicylés et les corticoïdes n'ont aucun intérêt, il n'y a pas de donnée sur le méthotrexate, alors que les thiopurines ont un effet modéré en monothérapie. À l'inverse, les antibiotiques (ciprofloxacine et métronidazole) ont une efficacité pour l'amélioration des symptômes et la cicatrisation des fistules, notamment en association aux traitements anti-TNF, qui sont les traitements les plus efficaces dans cette indication. Une étude rétrospective française a bien montré l'efficacité de la combothérapie par thiopurines et infliximab sur la cicatrisation des fistules, tout comme l'intérêt de la poursuite du traitement anti-TNF au long cours et du retrait du séton avant le sixième mois (69 % de fermeture des fistules à cinq ans) [12].

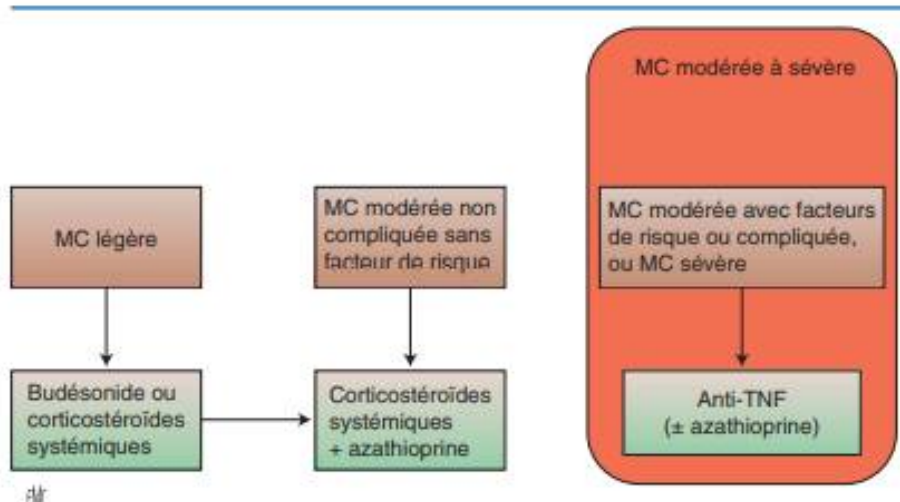


Figure 4 : Proposition de traitement de la maladie de Crohn (MC)

3- Effets secondaires du traitement

3.1- Les salicylés, la sulfasalazine ou ses dérivés 5- aminosalicylés

Les effets secondaires le plus souvent décrits sont des réactions d'hypersensibilité avec fièvre et céphalées, des pancréatites aiguës, des myocardites et péricardites, des pneumopathies interstitielles, et notamment des néphropathies tubulo-interstitielles justifiant une surveillance de la fonction rénale tous les six mois [38].

3.2- Les Corticostéroïdes

Les effets précoces

Dus aux doses supra-physiologiques utilisées pour induire une rémission au cours de la maladie active, Acné, visage lunaire, œdème, vergetures, des troubles du sommeil et de l'humeur, une dyspepsie ou une intolérance au glucose [38].

Effets liés à une utilisation prolongée

Habituellement utilisation > 12 semaines parfois moins, comprennent les cataractes sous-capsulaires postérieures, l'ostéoporose, l'ostéonécrose de la tête fémorale, la myopathie et la susceptibilité aux infections. Le budésonide entraîne moins de réduction de la densité minérale osseuse que la prednisolone. En outre, plusieurs cohortes de sécurité indiquent que les stéroïdes en association avec d'autres agents immunosuppresseurs augmentent le risque d'infections graves [38].

Les effets pendant le sevrage

Comprennent une insuffisance surrénalienne aiguë [d'un arrêt soudain], un syndrome de pseudo-rhumatisme [avec myalgie, malaise et arthralgie, semblable à une recrudescence de la MC] ou une augmentation de la pression intracrânienne.

Un traitement ostéoprotecteur est conseillé si la durée du traitement est susceptible d'être > 6 semaines, bien que la plupart préconisent des suppléments de calcium et de vitamine D pour tous les patients durant le traitement [38].

3.3- Thiopurines : AZATHIOPRINE / 6-MERCAPTOPYRINE

Les effets secondaires de ces médicaments sont divers, et bien documentés.

- **La myélotoxicité** : L'effet myélosuppressif des thiopurines peut entraîner des cytopénies précoces et sévères chez les patients présentant un déficit complet en thiopurine méthyltransférase (TPMT) (0,3 % de la population, mutation à l'état homozygote) ou des cytopénies retardées chez les patients avec déficit partiel (mutation à l'état hétérozygote, 11 % de la population), nécessitant la surveillance

de la numération formule sanguine (NFS) chaque semaine pendant les quatre premières semaines, puis tous les mois pendant 3 mois puis une surveillance trimestrielle est nécessaire pendant toute la durée du traitement. La réalisation systématique du génotypage ou du phénotypage de la TPMT avant la mise sous thiopurines n'est actuellement pas recommandée.

- **Une toxicité hépatique** (1-3 % des cas) est souvent asymptomatique.

Il est nécessaire de surveiller la fonction hépatique (transaminases ASAT et ALAT, gamma-GT) avant le traitement, mensuellement pendant les trois premiers mois, puis tous les trois mois.

Ces anomalies sont habituellement rapidement réversibles après diminution ou arrêt du médicament.

Ces anomalies réversibles se résorbent généralement rapidement après réduction de la dose ou arrêt du médicament. Une complication hépatique spécifique, l'hyperplasie nodulaire régénérative, semble affecter préférentiellement les patients masculins ayant subi une résection intestinale étendue. Il est important de surveiller régulièrement le taux de plaquettes afin de dépister cette complication, car une diminution progressive et tardive de ce taux doit être prise au sérieux.

Les atteintes sévères du foie restent exceptionnelles, mais doivent être repérées précocement par une surveillance régulière biologique.

- **La réaction d'intolérance** durant le premier mois (céphalées, myalgies, syndrome grippal troubles digestifs, éruption cutanée

arthralgies fièvre.), qui peut nécessiter en cas de prise d'azathioprine un arrêt de traitement et la mise sous 6- mercaptopurine avec une absence de récurrence des symptômes dans 50 % des cas.

- **Les cas de pancréatite aiguë** (3 %) sont une indication d'arrêt définitif des thiopurines.
- Il existe un risque modéré d'**infection** sous thiopurines, justifiant la mise à jour des vaccinations courantes, la vaccination contre l'hépatite B, le pneumocoque et la grippe de façon annuelle (les vaccins vivants sont contre-indiqués [rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, BCG, fièvre jaune]. Une augmentation du risque de syndrome d'activation macrophagique ou de mononucléose fatale a été montrée sous thiopurines chez des jeunes hommes négatifs au virus d'Epstein-Barr (EBV) lors de la primo-infection EBV.
- **Le risque néoplasique**, d'une part dermatologique avec un sur risque de cancers non mélanocytaires, qui persiste même à l'arrêt, justifiant une surveillance dermatologique annuelle, et le sur risque de lymphome notamment chez l'homme après 65 ans séropositif pour l'EBV.

Chez les hommes âgés de plus de 65 ans, il est important de prendre en considération le risque accru de certains types de cancers, tels que les cancers des voies urinaires, les lymphomes et les hémopathies, lors de la prescription prolongée de thiopurines. Par conséquent, une décision individualisée doit être prise en fonction de chaque cas [6, 89, 130].

3.4- Anti-TNF

Le traitement par anti-TNF est relativement bien toléré s'il est utilisé pour des indications appropriées.

Les réactions à la perfusion avec l'Infliximab [dans les 2 h suivant la perfusion] sont rares et répondent à un ralentissement du débit de perfusion ou à un traitement par antihistaminiques, paracétamol et parfois corticoïdes.

Réactions anaphylactiques ont été rapportées. Une réaction retardée de douleur et de raideur articulaires, de fièvre, de myalgie et de malaise peut survenir, en particulier s'il y a eu un intervalle > 1 an après une perfusion précédente. Un prétraitement à l'hydrocortisone est conseillé dans ces circonstances, mais la perte de réponse au fil du temps est courante.

L'infection est la principale préoccupation liée à l'utilisation d'agents anti-TNF dans les MICI. La septicémie active [telle qu'un abcès] est une contre-indication absolue au traitement.

En raison du risque accru d'infections, les patients présentant de la fièvre, de la toux, des symptômes systémiques ou d'autres maladies inexplicables doivent être évalués pour une infection opportuniste, y compris la tuberculose ou une infection fongique, si possible avec l'avis d'un spécialiste des maladies infectieuses.

L'association immunosuppressive au long cours [corticoïdes, thiopurines et anti-TNF] augmente le risque d'infections opportunistes et probablement de lymphome T hépato-splénique. Une sélection rigoureuse des patients et un suivi méticuleux peuvent réduire les effets secondaires associés au traitement anti-TNF et à l'utilisation d'immunosuppresseurs en général [38] .

4- Place de la chirurgie :

4.1- La Rectocolite hémorragique

Les indications absolues de la chirurgie comprennent les hémorragies incontrôlées, le mégacôlon toxique ou les perforations et les carcinomes colorectaux ou les lésions dysplasiques qui ne se prêtent pas à l'ablation endoscopique[55, 56, 120]. La chirurgie est également indiquée en cas de colite ulcéreuse aiguë sévère réfractaire ou de maladie médicalement réfractaire [55, 120].

La chirurgie la plus couramment pratiquée pour la colite ulcéreuse est la proctocolectomie restauratrice avec anastomose poche iléale-anale (IPAA). Lorsque la chirurgie est urgente ou urgente, elle se fait généralement en deux ou trois étapes commençant par une colectomie subtotale et la création d'une iléostomie temporaire (première étape) pour diminuer le risque de complications postopératoires immédiates telles qu'une fuite anastomotique ou une septicémie pelvienne[82, 120]. La poche iléale est ensuite créée et anastomosée au canal anal par une iléostomie de dérivation (deuxième temps), qui est finalement retirée pour rétablir la continuité intestinale (troisième temps). La chirurgie IPAA doit être effectuée dans des centres de référence à volume élevé où les taux d'échec de la poche sont plus faibles[14, 120].

4.2- Maladie de Crohn

Maladie iléale ou iléocaecale localisée

La chirurgie primaire doit être considérée comme le premier choix pour les patients présentant des symptômes obstructifs réfractaires après un traitement médical initial dans la MC iléocæcale. De même, les patients présentant une obstruction sans activité inflammatoire, par exemple évaluée par les taux de protéine C-réactive [CRP], peuvent également être traités par chirurgie[36].

Maladie colique localisée

La MC colique limitée traitée par résection segmentaire entraîne un taux de récurrence plus élevé et plus précoce qu'une proctocolectomie. Cependant, la plupart conviennent que le fait d'éviter une stomie permanente l'emporte généralement sur le risque accru de récurrence. Il existe un certain soutien pour la résection segmentaire séparée dans la littérature[36].

La Maladie de Crohn périanale

Le traitement chirurgical est parfois nécessaire pour les fistules simples, mais est toujours nécessaire pour les maladies périanales complexes. Il comprend le drainage des abcès et la mise en place de sétons, selon les symptômes et la complexité des fistules. La fistulectomie et la fistulotomie ne doivent être pratiquées que de manière très sélective, en raison du risque d'incontinence.

Une stomie de dérivation ou une proctectomie peut être nécessaire en cas de maladie grave réfractaire au traitement médical.

Au cours des 10 dernières années, plusieurs petites études de cohorte ont montré que l'association placement de sétons *et* infliximab est supérieure à l'une ou l'autre stratégie seule. Cette combinaison donne une meilleure réponse, une durée d'effet plus longue et des taux de récurrence plus faibles. De plus, la chirurgie réparatrice [lambeau muqueux ou bouchon de fistule] pendant le traitement par infliximab peut améliorer les taux de guérison à long terme[36].



RELATION MEDECIN MALADE (RMM)



V- RELATION MEDECIN MALADE (RMM) :

La relation médecin-malade constitue la toile de fond de l'activité clinique en gastroentérologie et le dialogue relationnel ne devrait pas se limiter à des questions posées mais nécessite également une capacité d'écoute et de compréhension du lien entre les aspects organiques et psychologiques de la pathologie pour aboutir à un résultat thérapeutique optimal.

En pathologie digestive, lorsque les patients présentent un discours banal, conformiste et émoussé en raison d'un refoulement réussi de leur imaginaire subjectif, cela peut entraîner une situation de risque maximal pour leur corps réel, indépendamment de la fonction touchée par la pathologie somatique digestive. Cette situation peut être le résultat d'un circuit auto-entretenu qui crée un cercle vicieux sans fin, neutralisant ainsi toutes les issues possibles.

Dans les maladies inflammatoires chroniques intestinales, la situation d'impasse concerne l'irruption de la différence, la rupture de l'illusion de l'identité entre le soi et le non-soi [71].

1- Définition

La relation médecin malade est fondée sur divers aspects importants, notamment l'écoute active, l'empathie, le respect mutuel, l'examen physique, ainsi que la communication claire et sincère.

Cette relation vise à établir la confiance, qui est la condition première de l'adhésion du patient et de l'alliance thérapeutique. Bien que les éléments de cette relation soient nombreux et aient des significations distinctes, tous sont indispensables, bien qu'ils soient difficiles ou partiellement mesurables. La relation médecin-patient peut avoir un impact positif en améliorant l'observance des traitements, ainsi qu'en générant des effets similaires à ceux du placebo, qui sont particulièrement utiles dans le traitement des troubles non lésionnels.

Une relation médecin-patient harmonieuse, qui répond aux besoins et attentes des deux acteurs, à savoir le médecin et le patient, favorise de meilleurs résultats dans la prise en charge thérapeutique tout en respectant les principes éthiques [9].

•**L'écoute :**

L'écoute est un élément essentiel de la relation entre le médecin et le patient. Son insuffisance est souvent la principale source de plainte des patients, en particulier ceux souffrant de syndromes fonctionnels qui ont le sentiment de ne pas être entendus. Cette écoute doit être patiente, attentive et bienveillante.

Les patients souffrant de pathologies chroniques comme MICI, apprécient et ont besoin de pouvoir s'entretenir aussi de sujets en rapport avec leur vie quotidienne et sans relation évidente avec leur maladie Il est donc souhaitable que le médecin connaisse et respecte ce besoin, et dispose du temps nécessaire pour y répondre, car la durée du face-à-face est un élément crucial.[9]

•**L'empathie :**

L'empathie est un élément fondamental d'une relation médecin-malade de qualité [61]. Elle se caractérise par la capacité du médecin à comprendre et partager les émotions et la souffrance du patient. L'efficacité de l'empathie dans la RMM dépend grandement de la manière dont le médecin l'exprime, tant par son langage verbal que non verbal. La mise à l'aise, l'attention, la compréhension, la compassion et la sollicitude sont des qualités essentielles qui permettent aux patients de juger positivement leur médecin[9]. La communication non verbale, telle que l'expression faciale, la direction du regard et la position du corps, est également cruciale pour démontrer la qualité de la relation et le savoir-être du médecin face à la demande d'aide du patient [65].

•Le respect :

Le respect est un élément important de la relation médecin-patient. En plus de respecter les règles de politesse et les marques de respect tout au long de la consultation, le respect implique également la tolérance envers la personnalité du patient, ses idées, ses choix de vie et ses croyances[9].

Le médecin doit informer le patient des dangers et des pertes de chance liés à certaines croyances ou pratiques, sans pour autant ébranler sa croyance. Il est important de respecter la dignité de la personne pour des raisons éthiques, mais aussi pour des raisons thérapeutiques : cela renforce la confiance du patient envers son médecin, ce qui peut avoir un effet favorable sur l'évolution de sa maladie. De plus, la croyance du patient peut contribuer à l'effet placebo, qui peut également avoir un effet bénéfique sur sa santé [9, 30].

•L'examen du patient :

L'examen physique est un rituel important qui renforce le lien entre le clinicien et le patient, et qui peut également avoir un effet sur l'efficacité du traitement à venir. Dans un contexte de consultation moderne où l'informatique a une place prépondérante, l'examen physique est un moment où seule compte l'attention portée au patient, contribuant ainsi à une perception de médecine personnalisée [9, 22].

Il est important que l'examen physique soit effectué avec dignité, respect de la pudeur et minimisation de la douleur du patient : expliquer les gestes, rassurer et prévenir d'une douleur éphémère ou de la signification de la recherche de douleur sont des éléments nécessaires. Tout examen qui ne les prend pas en compte peut entraîner une perte de confiance et nuire à la RMM [9].

Comprendre les rituels en médecine, y compris les effets placebo, souligne l'importance centrale de l'examen physique dans l'établissement de relations solides entre médecin et patient [22].

• **L'information :**

Pour le patient, la clarté et la précision des explications concernant le diagnostic et la prescription médicale sont des indicateurs clés de la compétence du médecin et contribuent grandement à établir une relation de confiance. Cependant, il est essentiel d'adapter l'information délivrée afin d'éviter les termes qui peuvent être effrayants, trompeurs ou incompris. Dans les situations de probabilité ou d'incertitude, il est difficile mais crucial d'être sincère dans les informations transmises[9].

• **La continuité des soins :**

La continuité de la relation médecin-malade est un principe essentiel de la médecine contemporaine et joue un rôle crucial dans la qualité des soins. Elle facilite une meilleure prise en charge du patient en favorisant le développement d'une relation basée sur la connaissance mutuelle, la fidélité, la confiance, et l'estime.

La continuité de la RMM doit être assurée dans la mesure du possible, notamment en offrant au patient la liberté de choix de son médecin traitant, afin d'optimiser le développement de cette relation privilégiée. [9, 101]

2- Retentissement sur les connaissances des malades

Il a été démontré qu'une communication efficace entre le médecin et le patient a une influence positive sur les résultats de santé en augmentant la satisfaction du patient, en lui permettant de mieux comprendre les problèmes de santé et les traitements disponibles, en contribuant à une meilleure adhésion aux plans de traitement et en apportant soutien et réconfort aux patients.

La prise de décision collaborative permet aux médecins et aux patients de travailler en partenariat afin d'atteindre un objectif de santé commun. La confiance dans tous les domaines de la relation médecin-patient est un facteur essentiel qui influence la communication entre les deux parties. Au fur et à mesure que les soins de santé se transforment en un modèle plus personnalisé et centré sur le patient, la relation médecin-patient influencera considérablement les résultats en matière de santé.

Le modèle de soins de santé personnalisés encourage la collaboration entre les médecins et les patients afin de créer des objectifs de santé communs et d'élaborer un plan de santé pour résoudre les problèmes identifiés. En comprenant les facteurs qui influencent les relations patient-médecin, les prestataires de soins de santé pourront à l'avenir s'attaquer à certains des obstacles qui empêchent l'adoption d'approches plus personnalisées des soins de santé. [50]

3- Communiquer avec patients atteint de MICI

Actuellement, il y a peu de connaissances sur les méthodes de communication efficaces permettant aux médecins de développer des relations solides avec les patients souffrant de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Cela exige une approche multidisciplinaire impliquant des médecins de soins primaires, des gastro-entérologues et des chirurgiens colorectaux. Étant donné que la majorité des cas diagnostiqués sont jeunes, il est important d'apprendre à établir et à maintenir des relations médecin-patient à long terme. Les médecins de soins primaires et les spécialistes doivent être conscients des questions et des préoccupations des patients atteints de MICI et être capables de dispenser des informations claires et concises. Deux

interventions essentielles qui améliorent considérablement la qualité de vie et les relations patient-médecin sont une bonne éducation du patient et un traitement approprié de la dépression et de l'anxiété concomitante. Au cours des dernières décennies, la relation patient-médecin dans le contexte des MICI a connu des changements significatifs[19].

• **Communiquer le diagnostic des MICI : Établir les bonnes bases**

La communication dans les MICI est semée d'embûches, Chaque étape de la maladie présente des défis particuliers et uniques. Cependant, le moment le plus critique et vulnérable de la relation entre le patient et le médecin survient lors de la confirmation du diagnostic de MICI. Ce moment établit le ton pour le reste de la relation. Il est important de prendre en compte les deux défis majeurs : gérer les retards de diagnostic et annoncer le diagnostic d'une maladie chronique incurable caractérisée par des épisodes de poussées et de rémissions [19].

La communication du diagnostic de MICI est souvent une étape difficile pour les médecins. Les patients peuvent s'attendre à ce que la délivrance du diagnostic soit suivie d'un traitement rapide et efficace, mais la réalité est que les MICI sont des maladies chroniques qui nécessitent souvent un suivi à long terme. Les patients peuvent réagir au diagnostic initial avec des émotions telles que le choc, la peur et l'incrédulité, et peuvent passer par les différentes étapes du deuil [19, 47].

Lors du diagnostic initial, les patients sont confrontés à de nombreuses questions concernant l'étiologie de leur maladie, sa nature [19, 92] et les implications de la maladie compte tenu de sa trajectoire incertaine.

Le modèle de soins chroniques met en évidence l'importance d'une équipe de soins bien préparée et proactive interagissant avec un patient informé et activé pour fournir des soins optimaux pour les maladies chroniques [19, 32].

Une fois le diagnostic posé, l'éducation du patient est primordiale, les médecins doivent établir les fondamentaux des MICI :

- La nature chronique et incurable qui implique des périodes de poussées et de rémission, tout en étant rassurés qu'un arsenal de médicaments est à portée de main pour faciliter la rémission tout en répondant à leur frustration face aux retards de diagnostic.
- Comprendre l'histoire naturelle des MICI permet aux patients d'avoir des attentes réalistes, améliore l'observance et leur fournit une plateforme pour avoir des conversations ouvertes et honnêtes avec leurs médecins concernant les symptômes potentiellement embarrassants, les effets sur la qualité de vie et les options de traitement.

Une mauvaise compréhension de l'histoire naturelle des MICI peut entraîner des poussées de la maladie considérées comme un échec du médecin, ce qui peut entraîner une perte de confiance dans le médecin, la non-observance, la recherche d'un traitement alternatif et, dans les cas graves, entraîne l'abandon des patients, ce qui affecte négativement les résultats [19].

Une fois que les bases ont été établies dès le début du diagnostic, une communication ouverte et honnête entre le médecin et le patient est facilitée, qui est équipée pour résister à l'assaut des poussées de la maladie tout en permettant aux patients de jouer un rôle actif dans la gestion de leur maladie. Tableau 14 illustre les obstacles à la communication dans les MICI[19].

Tableau 14: Obstacles à la communication dans les MICI

Défis	Mécanisme d'impact	Les moyens de surmonter
Délais de diagnostic	Biais d'ancrage sur la relation avec le médecin traitant ultérieur	Expliquer les principes fondamentaux et pourquoi le diagnostic peut être manqué initialement
Acceptation de la maladie chronique	Évolution imprévisible des remises et des rechutes	Éduquer les patients sur les options de traitement pour induire une rémission et l'importance de l'observance pour un résultat optimal
Impact des MICI sur la qualité de vie	La détresse psychologique	Identifier rapidement les patients qui souffrent de détresse psychologique et mettre en place des mesures telles que prendre plus de temps pour expliquer et explorer et orienter vers un psychiatre au besoin Identifier les patients avec un faible soutien social et activer l'infirmière IBD, le travailleur social et les groupes de soutien IBD
Non-respect	Mauvais résultats dans les MICI	Prise de décision partagée Traiter vers la cible Entrevue motivationnelle

**•Éléments de construction pour un résultat optimal de la MICI :
Exploiter un bon soutien social**

L'un des facteurs dominants pour prédire la santé physique et le bien-être du patient est le soutien social. Le soutien social est un processus interactif dans lequel une aide émotionnelle, instrumentale ou financière est obtenue des membres du réseau. Les médecins doivent déterminer le degré de soutien social dont bénéficie le patient, car il a été démontré qu'un mauvais soutien social augmente la détresse psychologique [19, 110]. Les partenaires doivent être invités à faire partie du parcours de MICI des patients dès le début du diagnostic de MICI. Les patients ayant un faible soutien social nécessitent la mise en place de mesures correctives telles que des groupes de soutien aux MICI, référant le patient à un travailleur social et impliquant l'aide d'une infirmière spécialiste des MICI [19].

•Construire une relation solide : répondre efficacement aux inquiétudes et aux préoccupations

Les médecins doivent reconnaître comment les MICI affectent les patients non seulement du point de vue médical mais aussi de leur point de vue personnel et socio psychologique. Comparativement aux autres maladies chroniques, les patients atteints de MICI s'inquiétaient davantage des complications de la maladie (84 %) et étaient plus sujets à la dépression (62 %) ainsi qu'à l'embarras (70 %) en raison de la constellation de symptômes de la MICI qui s'aggrave pendant les poussées [19, 104] avec une estimation de 25 % à 50 % des patients rechutant chaque année [19, 103].

Parmi les principales préoccupations des patients sont la nécessité d'une intervention chirurgicale et la possibilité d'avoir un sac de stomie, car les patients considèrent cela comme une altération majeure de leur image corporelle [19, 49]. D'autres préoccupations sont la peur des effets secondaires des médicaments, en particulier les stéroïdes, l'incontinence fécale, les conséquences des MICI sur leur carrière, les craintes concernant son impact sur les relations, le risque de cancer, la stigmatisation sociale et les effets des MICI sur la fertilité [19, 49].

L'identification précise des inquiétudes et des préoccupations permet au médecin de mettre en œuvre des interventions spécifiques qui améliorent les connaissances et la qualité de vie des patients, ce qui peut améliorer l'issue de la maladie [19].

• **Aller dans la bonne direction : Surmonter la discorde patient médecin**

La dynamique de la relation patient-médecin a subi d'énormes changements par rapport au paysage pré-millénaire traditionnel où les patients étaient habitués à « suivre les ordres des médecins » et où le partenariat et la prise de décision conjointe n'étaient pas largement pratiqués. Les patients et les médecins engendrent 2 ensembles de perceptions idéologiquement différentes sur les caractéristiques de la maladie et du traitement.

Les médecins et les patients ont des points de vue divergents sur le résultat du traitement : les médecins privilégiaient les mesures objectives et scientifiques de la rémission (rémission histologique), tandis que les patients percevaient la rémission comme une rémission clinique avec une amélioration tangible de la qualité de vie ainsi que du bien-être social. Résultats Figure 5 illustre la fusion de l'objectif des patients et des médecins en matière de traitement des MICI [19, 121].

Les patients aspirent à un rôle plus actif dans leur propre santé et cela implique un changement de paradigme pour les professionnels de santé. Ils doivent être impliqués dans le processus de prise de décision concernant leur traitement en étant informés de manière compréhensible sur les données probantes. Ainsi, les professionnels de santé doivent fournir des preuves scientifiques en utilisant des termes simples pour les patients et leur permettre de prendre des décisions éclairées. L'éducation à la santé doit être promue pour renforcer la littératie en santé et favoriser l'autonomisation des patients.

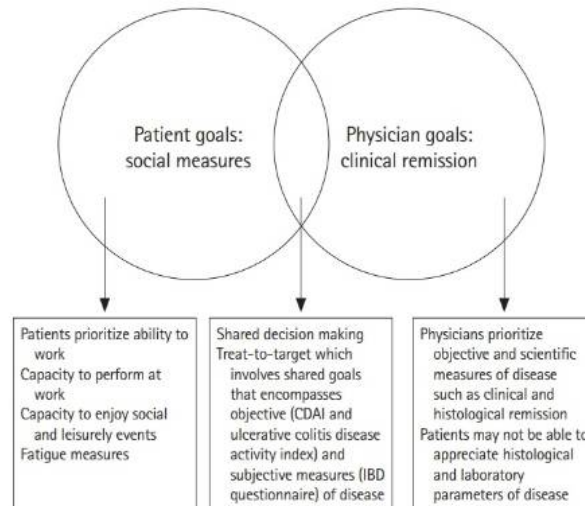


Figure 5: Fusionner les objectifs de traitement des patients et des médecins

•Atteindre l’objectif : Communiquer les avantages et les risques de traitement en termes adaptés aux patients

Pour que les patients puissent jouer un rôle de partenaires de santé, ils doivent comprendre l'équilibre délicat entre les risques du traitement et les inconvénients d'un traitement insuffisant, et comprendre en fin de compte que les avantages d'une rémission l'emportent largement sur les risques. L'objectif d'une rémission rapide de la maladie, atteint par les corticostéroïdes, mais limité à une utilisation à court terme, et les stratégies de rémission à long terme, à savoir les immunomodulateurs et/ou les produits biologiques.

Les MICI sont principalement diagnostiquées à la fin de la puberté et au début de l'âge adulte, et les patients proviennent de différents milieux éducatifs. Par conséquent, une méthode d'explication adaptée, complète mais facile à comprendre, telle que celle illustrée dans [tableau15], permettra aux patients de mieux apprécier les risques et les avantages de chaque option thérapeutique [19].

Une discussion ouverte et honnête sur les effets indésirables et les risques des médicaments facilite l'étape suivante du processus de décision thérapeutique par le biais de la prise de décision partagée. Dans ce cadre, les médecins ont le devoir d'informer les patients sur les options de traitement et de leur recommander un traitement en tenant compte de leurs préférences, de leurs objectifs de traitement, de leurs inclinations et de leur profil de risque, mais le processus de décision sur la stratégie de traitement est partagé, ce qui favorise le concept de "choix du patient fondé sur des preuves". Il a été démontré que cela améliore l'adhésion du patient, l'autogestion, réduit le coût des soins de santé et augmente la satisfaction du patient quant aux soins de santé qu'il a reçus[19, 114].

Une fois qu'une décision conjointe sur la stratégie de traitement a été prise, l'approche "treat-to-target" est un outil utile pour atteindre la rémission logique par une optimisation rapide du traitement. La stratégie "Treat-to-target" a été développée via une stratégie de négociation modifiée à partir d'un modèle de négociation commerciale très efficace. La première étape, la plus importante, consiste à identifier et à comprendre les craintes des patients à l'égard du traitement et à y répondre. Les médecins doivent ensuite corriger toute information erronée que les patients ont sur leurs craintes du traitement.










L'approche se fait par étapes :

- **La première étape**, et la plus importante, consiste à identifier et à comprendre les craintes des patients concernant le traitement et à y répondre. Les médecins doivent ensuite corriger toute information erronée que les patients ont sur leurs craintes de traitement.

- **La deuxième étape** consiste à expliquer l'importance des paramètres objectifs dans le suivi de l'activité de la maladie, qui ne repose pas uniquement sur une évaluation symptomatique mais implique d'autres paramètres objectifs (CRP, calprotectine fécale, évaluations endoscopiques et histologiques) et le mécanisme par lequel le traitement proposé sera potentiellement amélioré ces paramètres. Les médecins et les patients fixent ensuite des objectifs de traitement communs.
- **La troisième étape** consistera à fixer un délai pour que cet objectif soit atteint. Les médecins et les patients conviennent ensuite d'un délai pour atteindre ces objectifs de traitement et travaillent ensemble pour explorer différentes options de traitement s'il n'y a pas de changement mesurable dans l'état de la maladie[10, 11, 19].

Cela renforce le partenariat patient-médecin car les patients comprennent les objectifs de leur traitement et deviennent des partenaires avec leurs médecins pour voir ces objectifs atteints[19].

Tableau 15: Outils de conseil pour les options de traitement à long terme des MICI

Treatment	Benefits	Risk
Immunomodulators	Maintain remission ^a 	Skin cancer ^b  Risk of infection ^b  Risk of low white cell counts ^b  Risk of liver enzyme derangement ^b 
Biologics	Maintain remission ^a 	Lymphoma ^b  Risk of infection ^b  Risk of loosing its efficacy ^b 

^a Probabilité d'obtenir une rémission, le cercle représente la taille de la probabilité.

^b Probabilité d'événement indésirable, le cercle représente la taille de la probabilité.

• Optimiser les bénéfices du traitement : une communication efficace et son rôle dans l'adhésion

L'un des principaux responsables de la non-observance est l'inefficacité de la communication, qui se traduit par une mauvaise compréhension de la nature des MICI et une méconnaissance de la gravité de la maladie et de ses conséquences potentielles sur la vie du patient [19, 44].

Cela donne lieu à des doutes quant à la nécessité et à l'efficacité des médicaments [44], ceci aggravé par des préoccupations non résolues concernant les effets secondaires des médicaments [64], conduit à la non-observance du traitement et du suivi.

La non-observance est généralement un problème caché : dissimulée par le patient, mal détecté par les médecins.

Des études ont montré qu'en moyenne 30 à 45 % des patients ne respectaient pas leur traitement oral (défini comme la prise de moins de 80 % de leur médicament) [19, 48].

Malgré les progrès des options thérapeutiques disponibles, les patients ne bénéficieront pas de tous les avantages sans l'adhésion au traitement médical. L'étape la plus importante pour améliorer la non-observance consiste à comprendre la psychologie de la non-observance qui peut être divisée en :

- **Facteurs liés aux médecins** : information inadéquate sur les médicaments, discordance patient-médecin et manque de confiance dans le médecin traitant [19, 64]
- **Facteurs liés aux médicaments** : les inconvénients de la thérapie orale et topique, les patients citant les désagréments de la thérapie topique, en particulier au travail, comme un facteur contribuant à la non-observance [19, 27]
- **Facteurs liés au patient** : la non-observance était associée à une moins bonne qualité de vie, à un diagnostic psychiatrique, à une détresse psychologique ainsi qu'à la dépression et à l'anxiété [19, 63, 81, 112].

L'une des méthodes permettant d'améliorer la non-observance est l'entretien motivationnel. L'entretien motivationnel est un outil de communication dans les MICI, qui est centré sur le patient et conçu pour aborder et surmonter l'attitude d'indifférence des patients à l'égard du changement [43].

Elle implique **4 principes fondamentaux** :

- **Le premier** est l'engagement du patient.
- **Le deuxième** principe consiste à rediriger l'attention du patient sur le besoin de changement qui accompagne le diagnostic d'une MICI et qui nécessite la prise régulière de médicaments, des rendez-vous de suivi et des endoscopies.
- **Le troisième** principe consiste à évoquer les objectifs personnels et les espoirs de rémission de la maladie, puis à susciter la motivation du patient à contrôler sa maladie.
- **Le quatrième** principe est la planification, qui consiste à consolider l'engagement envers le contrôle de la maladie et à formuler un plan d'action pour parvenir à contrôler la maladie par l'adhésion aux médicaments et aux suivis et par la recherche rapide de soins médicaux lorsque des symptômes de poussée apparaissent[19, 78].

Il a été démontré que cette méthode de communication améliore l'adhésion au traitement et aux visites de suivi et augmente la satisfaction du patient.

•Le modèle de traitement Biopsychosocial holistique : Traiter efficacement la dépression dans les MICI

La dépression chez les patients atteints de MICI a souvent été sous-estimée et sous-traitée. Une revue systématique récente a montré que la dépression atteignait 21,2 % chez les patients atteints de MICI, contre 12,4 % chez les sujets sains, et ce nombre atteignait 34 % chez les patients atteints de MICI active [75].

Les patients doivent faire l'objet d'un dépistage de la dépression à l'aide d'instruments psychologiques pour évaluer leur état de santé mentale. La dépression se manifeste généralement par une mauvaise humeur, une anhédonie, des sentiments de culpabilité, d'inutilité ou de désespoir, des difficultés de concentration, une baisse d'énergie et des troubles du sommeil [19, 81].

Lorsque ces symptômes durent plus de deux semaines et commencent à interférer de manière significative avec les activités de la vie quotidienne, ils sont considérés comme cliniquement significatifs. Une fois la dépression identifiée, les interventions en santé mentale, qui comprennent la thérapie cognitivo-comportementale [74] et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine [125], se sont avérées bénéfiques. Une prise en charge multidisciplinaire et une orientation rapide vers la psychiatrie peuvent grandement contribuer à soulager la dépression.

⇒ Un résumé des stratégies de communication efficaces qui incluent une approche progressive du moment du diagnostic à la prise en charge thérapeutique est présenté dans [Tableau16] et [Figure6].

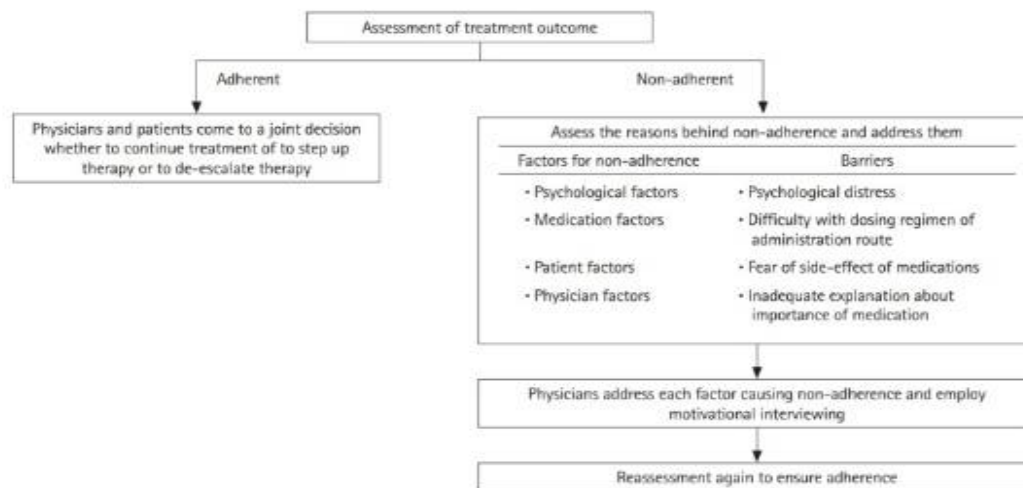


Figure 6: Évaluation des résultats du traitement

Tableau 16 : Approche par étapes pour améliorer la communication patient-médecin, du diagnostic à l'évaluation des résultats thérapeutiques

Evolution dans le temps de la MICI	Patient	Rôle du médecin
Pré-diagnostic	Endurances des symptômes de la MICI sans diagnostic définitif entraînant frustrations et anxiété.	
Au diagnostic	<p>Cinq étapes du deuil</p> <p>Questions concernant les MICI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étiologie • Est-ce contagieux ? • Puis-je être guéri ? • Cette maladie affecte-elle uniquement le tractus gastro intestinal ? <p>Sentiment d'isolement de porter des étiquettes de la maladie défaut de la façon dont les MICI affecteront leur vie : perspectives de carrière, relations, enfants et activités de la vie quotidienne.</p> <p>Les patients rapportent des symptômes subjectifs de MICI.</p> <p>Les patients jouent rôle de partenaires de santé et sont impliqués conjointement dans le processus de prise de décision afin de parvenir à une décision centrée sur le patient et fondée sur des données probantes.</p> <p>Les patients donnent la priorité à la rémission symptomatique et peuvent ne pas saisir le concept de rémission histologique.</p> <p>Les patients rapportent des symptômes subjectifs de MICI. Les médecins informent les patients des résultats des paramètres objectifs.</p>	<p>Reconnaître à quelle étape du deuil se trouve le patient. Expliquez la nature de son évolution récurrente - rémittente et bien qu'il n'y ait pas de remède, il existe une vaste option de traitement pour faciliter la rémission.</p> <p>Répondre aux préoccupations. Invitez les partenaires à faire partie du voyage IBD, vérifier le montant de l'aide sociale. Actions correctives en cas de faible accompagnement social</p> <p>Le médecin évalue les scores objectifs (UCDAI et CDAI) et subjectifs (IBDQ) avant le traitement</p> <p>Les médecins expliquent les options d'induction et de maintien de la rémission et prennent une décision conjointe via une prise de décision partagée sur la stratégie de traitement</p> <p>Les médecins expliquent des paramètres objectifs et subjectifs suivis de leur importance et s'étendent avec les patients sur les objectifs de traitement, leur non-atteinte entraînerait alors une escalade thérapeutique</p> <p>Les médecins réexaminent les paramètres subjectifs et objectifs surveillés pour évaluer si le traitement est efficace</p>



OBJECTIF DE L'ETUDE



VI- Objectif de l'étude

Le but de notre travail est de rapporter l'état de connaissance des patients atteints de MICI par rapport à leur maladie dans la région Nord du Maroc et de réaliser une analyse complète en se comparant à l'ensemble des études qui se sont intéressées au même sujet.



MATERIEL ET METHODES



VII- MATERIEL ET METHODES

1- Type et lieu d'étude

- ❖ Étude prospective
- ❖ Nombre de patients : 100
- ❖ Durée de l'étude : 05 mois, de Juin 2022 → Octobre 2022
- ❖ Le lieu : Service d'hépatogastro-entérologie du CHU Mohamed VI à Tanger.

2- Critères d'inclusion

- ❖ Tous les patients suivis pour une MICI diagnostiquée sur des critères cliniques, radiologiques, endoscopiques et/ou histologiques, au sein du même service.

3- Critères d'exclusion

- ❖ L'âge < 16 ans
- ❖ Non coopération
- ❖ Sujets suivis pour maladie psychiatrique non contrôlée au moment de l'étude.

4- Déroulement de l'étude

- ❖ Tous les patients ont été informés de l'objectif de l'étude et leur consentement a été obtenu.
- ❖ Le remplissage du questionnaire a été effectué par le médecin.

5- Paramètres mesurés « Questionnaire »

Notre étude a recouru à un questionnaire auto-administré pour évaluer les connaissances des patients atteints de MICI sur leur maladie. Ce questionnaire a été développé de manière à couvrir divers aspects de la maladie et il est réparti en trois parties distinctes :

- ❖ La première partie porte sur les données sociodémographiques des patients ainsi que sur le type de MICI.
- ❖ La deuxième partie évalue les connaissances des patients en ce qui concerne leur maladie, notamment le nom de la maladie, la nature et l'origine de la maladie, les manifestations extradigestifs, le régime alimentaire, l'impact de l'état psychologique, le volet thérapeutique et les complications éventuelles.
- ❖ La troisième partie renseigne sur la source d'information des patients et la qualité de la relation entre le médecin et le patient.

Le questionnaire est composé de 35 questions, dont 26 sont destinées à évaluer les connaissances des patients. Ces questions sont à choix unique et chaque réponse correcte est notée d'un point, ce qui permet de calculer un score total pour chaque patient.

Il convient de souligner que le questionnaire a été adapté à notre contexte spécifique et qu'il est actuellement en cours de validation pour garantir sa validité et sa fiabilité à l'échelle nationale.

[QUESTIONNAIRE CHU MOHAMMED VI Tanger. \(Annexe 1\)](#)

6- Analyse des données

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 27.

Les résultats quantitatifs ont été exprimés en médiane et en quartiles.

Les résultats qualitatifs ont été exprimés en effectifs et en pourcentage.

La comparaison des variables quantitatives a été faite en utilisant le test de Mann-Whitney ou le test de corrélation de Pearson.

Le seuil de significativité a été fixé à une valeur p inférieure à 0,05 ($p < 0,05$).



RESULTATS DESCRIPTIFS



VIII-RESULTATS DESCRIPTIFS

1- Profil démographique

1.1- Age

La médiane d'âge est de 31,5 ans [25,44] avec des extrêmes d'âge variant entre 16 et 67ans.

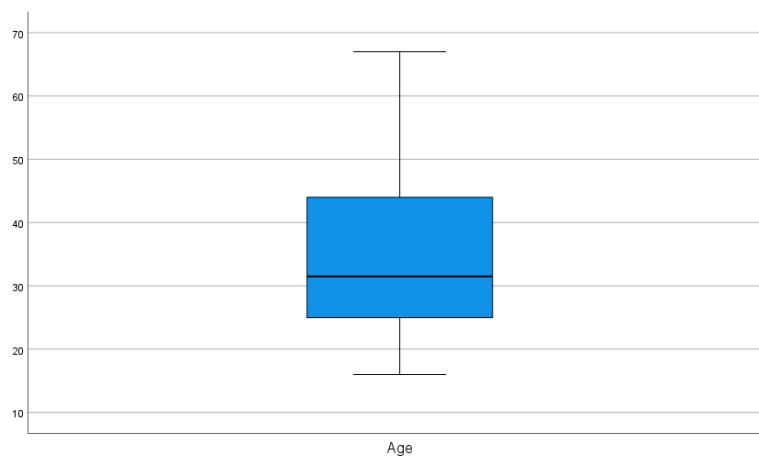


Figure 7: Répartition des sujets interrogés selon l'âge

1.2- Sexe

Sur les 100 sujets interrogés, 53 sont de sexe féminin soit 53% et 47 de sexe masculin soit 47% avec un sex-ratio H/F à 0,88.

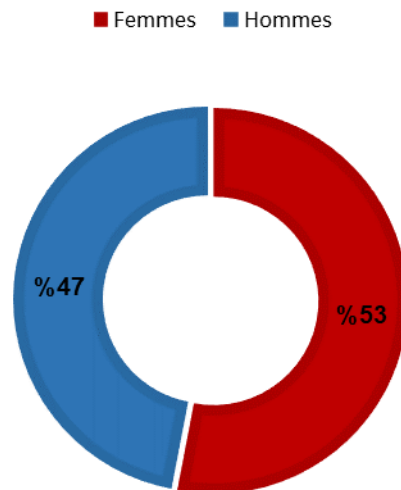


Figure 8: Répartition des sujets interrogés selon le sexe

1.3- Origine

L'origine urbaine a été notée chez 75% des cas (N=75) et rurale chez 25% des cas (N=25).

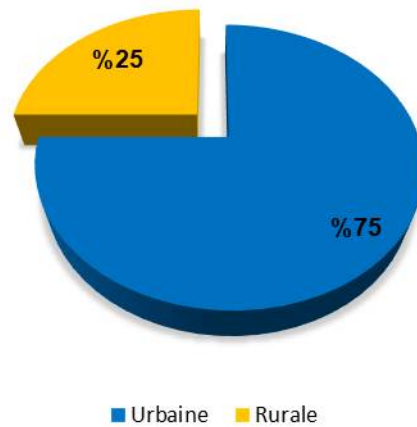


Figure 9: Répartition des sujets interrogés selon l'origine

1.4- Statut matrimonial

Dans notre série, 48 patients sont célibataires, 42 marié(e)s, 6 divorcé(e)s et 4 veufs.

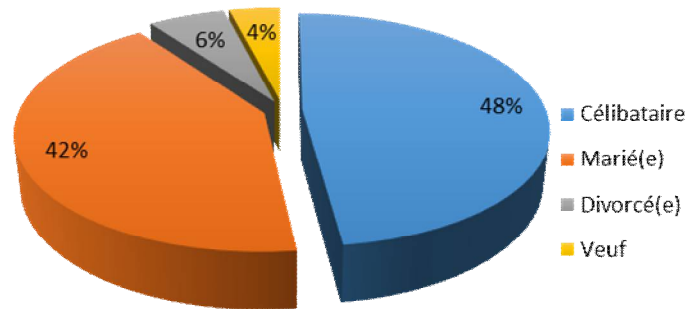


Figure 10: Répartition des sujets interrogés selon le statut matrimonial

1.5- Couverture sociale

Parmi notre échantillon de patients, le RAMED constitue la principale couverture médicale, représentant 63% (N=63), 28% mutualistes (N=28) et 9% ne bénéficient d'aucune couverture (N=9).

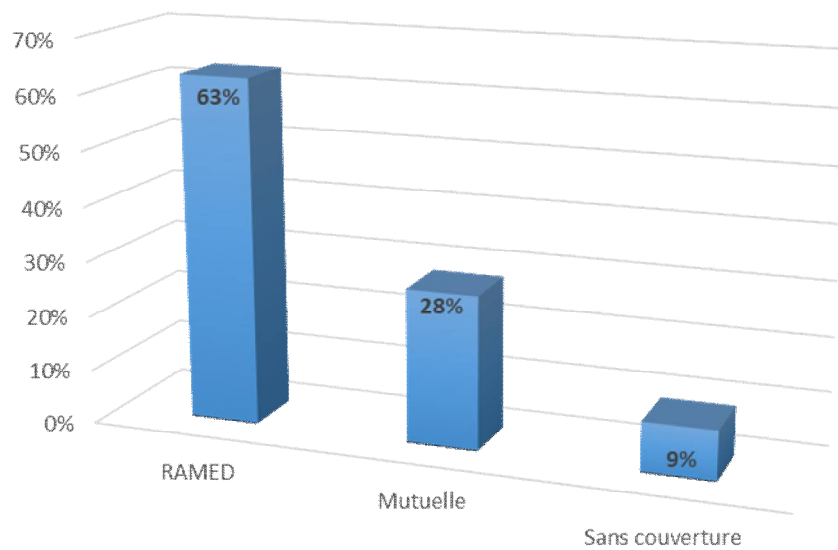


Figure 11: Répartition des sujets interrogés selon la couverture sociale

1.6- Niveau scolaire

Sur l'ensemble des personnes interrogées, la majorité des personnes ont bénéficié d'un enseignement de niveau primaire (30% - N=30) ou secondaire (41% - N=41), alors que 17% n'ont pas été scolarisées (N=17) et seuls 12% des patients ont atteint un niveau universitaire (N=12).

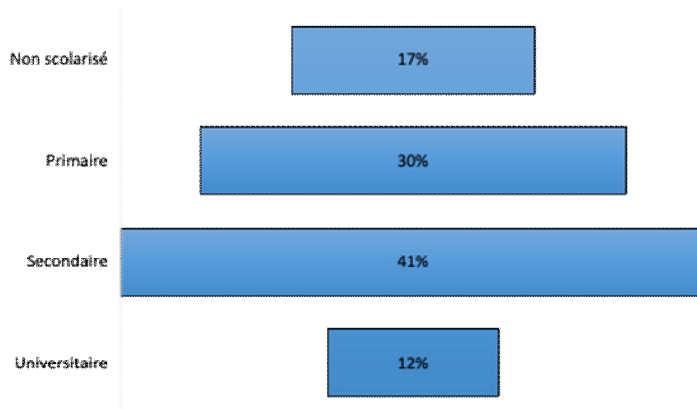


Figure 12: Répartition des sujets interrogés selon le niveau scolaire

1.7- Antécédents personnels

Sur l'ensemble des patients, 19% présentaient des antécédents autres que la maladie inflammatoire chronique de l'intestin (N=19), parmi lesquels 15,7% avaient subi une appendicectomie (N= 3) et 5,2% avaient des antécédents personnels de cancer colique (N=1), d'embolie pulmonaire (N=1) ou de thrombose veineuse profonde (N=1).

Tableau 17: Répartition des sujets interrogés selon les antécédents personnels

Antécédents	N (%)
Appendicectomie	3 (15,7%)
Cancer colique	1 (5,2%)
Embolie pulmonaire	1 (5,2%)
Thrombose veineuse profonde	1 (5,2%)
Diabète de type 1	1 (5,2%)
Diabète de type 2	2 (10,5%)
Psoriasis	1 (5,2%)
Dépression	3 (15,7%)
Asthme	3 (15,7%)
Tuberculose pulmonaire	1 (5,2%)
Hypertension artérielle	1 (5,2%)
Cholécystectomie	1(5,2%)

1.8- Antécédents de MICI dans la famille

Onze pourcents des patients ont des antécédents de MICI dans la famille (N=11).

2- Caractéristiques de la maladie

Il s'agit d'une **maladie de Crohn** dans 74% des cas (N=74) et d'une **RCH** dans 26% des cas (N=26).

La durée médiane de suivi de la maladie est de 4ans [2,9].

La médiane du **nombre de poussées** de la maladie durant la dernière année est de 1[0,1].

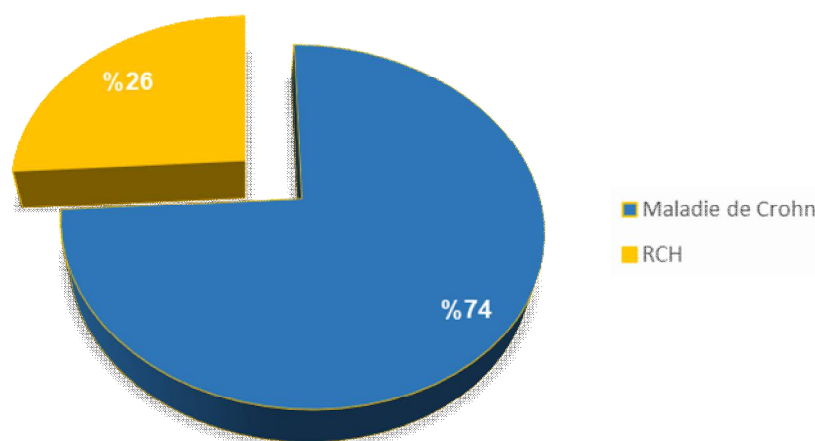


Figure 13: Répartition des sujets interrogés selon le type de la maladie : Maladie de Crohn/RCH

La localisation la plus fréquente de la maladie de Crohn est l'iléo-colique, chez 36, 5% des cas (N=27), et pour la RCH, la forme pan-colique est prédominante avec un taux de 61,5% (N=16).

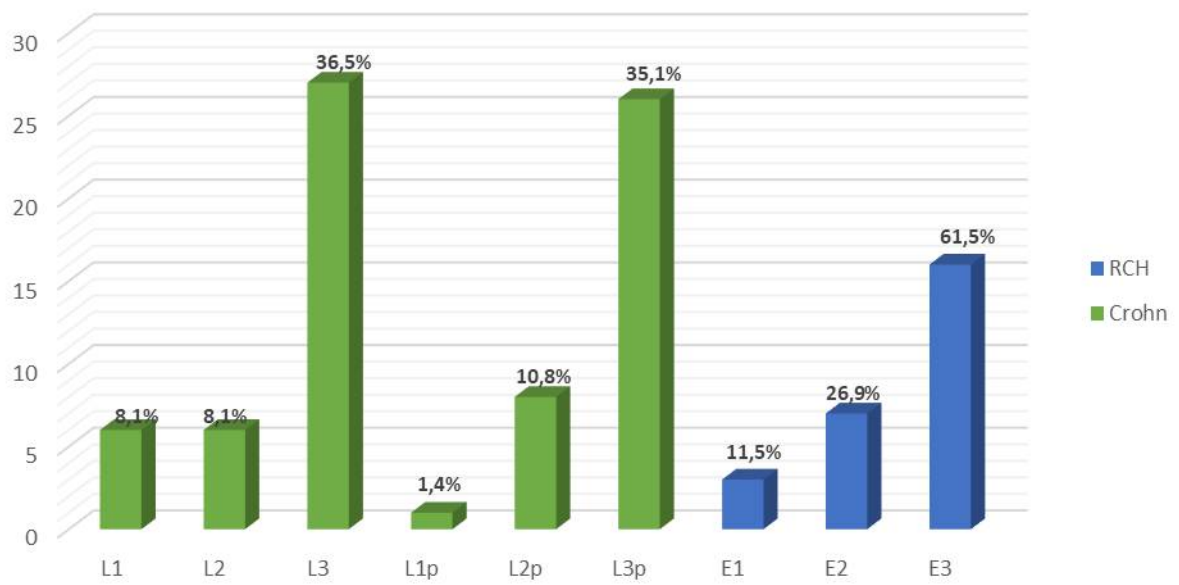


Figure 14: Localisation de la maladie selon la classification de Montréal

3- Le Traitement

En ce qui concerne le traitement des patients, 25% d'entre eux reçoivent une combo-thérapie incluant l'Azathioprine et l'Infliximab ou l'Adalimumab, 40% sont sous Azathioprine, 8% reçoivent du 6MP et 8% sont sous corticothérapie en dégression.

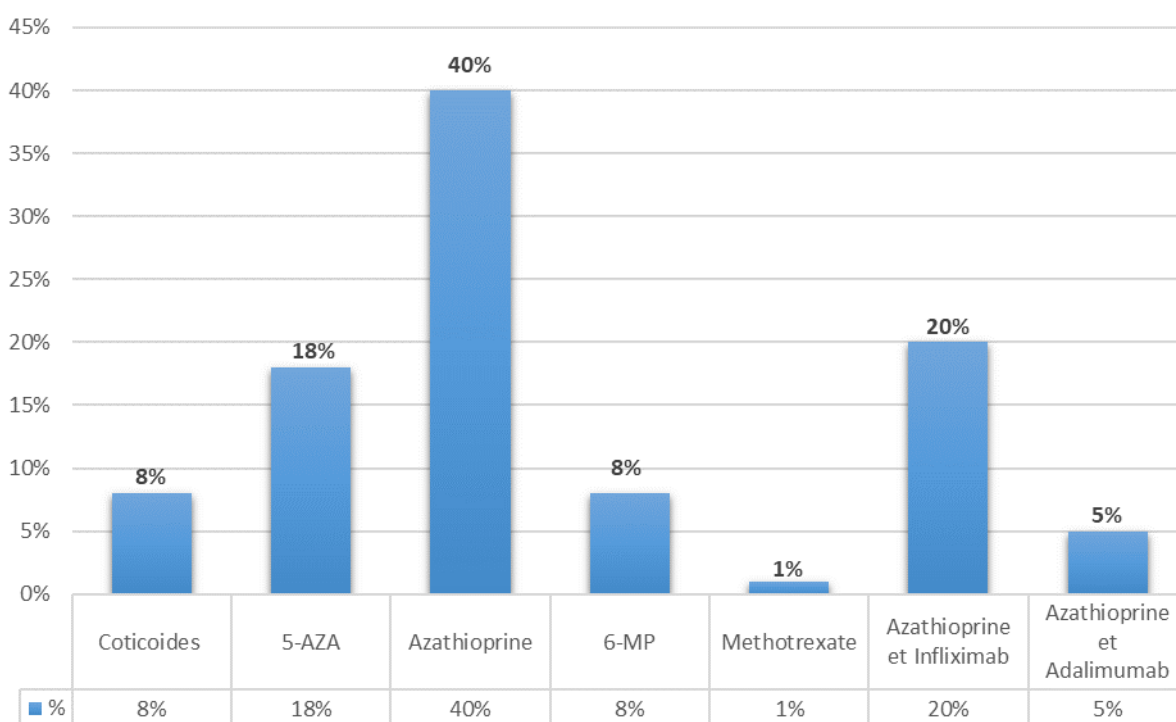


Figure 15: Traitement actuel

Tableau 18: Tableau récapitulatif des données démographiques.

Caractéristiques	N (%)
Age médian	31,5 ans [25,44]
Sex-ratio H/F	0,88
Origine	
- Urbaine	75 (75%)
- Rurale	25 (25%)
Statut matrimonial	
- Célibataire	48 (48%)
- Marié(e)	42 (42%)
- Divorcé(e)	6 (6%)
- Veuf	4 (4%)
Couverture sociale	
- RAMED	63 (63%)
- Mutuelle	28 (28%)
- Sans couverture	9 (9%)
Niveau scolaire	
- Non scolarisé	17 (17%)
- Primaire	30 (30%)
- Secondaire	41 (41%)
- Universitaire	12 (12%)
Antécédents personnels	
- Oui	19 (19%)
- Non	81 (81%)
Antécédents familiaux de MICI	
- Oui	11 (11%)
- Non	89 (89%)
Caractéristiques de la maladie	
- Maladie de Crohn	74 (74%)
- RCH	26 (26%)
- Durée d'évolution médiane (années)	4 [2,9]
- Médiane de poussées durant la dernière année	1[0,1]
- Localisation de la MC	
. L1	6 (8,1%)
. L2	6 (8,1%)
. L3	27 (36,5%)
. L1p	1 (1,4%)
. L2p	8 (10,8%)
. L3p	26 (35,1%)
- Localisation de RCH	
. E1	3 (11,5%)
. E2	7 (26,9%)
. E3	16 (61,5%)
Traitement Actuel :	
- Corticoïdes	8 (8%)
- 5-AZA	18 (18%)
- Azathioprine	40 (40%)
- 6-MP	8 (8%)
- Méthotrexate	1 (1%)
- Azathioprine et Infliximab	20 (20%)
- Azathioprine et Adalimumab	3 (5%)

4- Volets des connaissances de la maladie

La médiane des réponses correctes sur les 26 questions du questionnaire était de 9 [7,12]. Le volet des connaissances générales présente la médiane des réponses correctes la plus élevée 6 [4,7], suivi du volet de traitement 2 [1,3] et les complications 1 [0,3].

Tableau 19: Médiane et moyenne des réponses correctes

	Médiane	Moyenne	MAX-MIN
Connaissances générales	6 [4,7]	5,53	1-11
Traitement	2 [1,3]	1,99	0-5
Complications	1 [0,3]	1,67	0-6
Total	9 [7,12]	9,19	2-18

4.1- Connaissances générales

Parmi nos patients, 49% ne connaissaient pas le nom de leur maladie (N=49), Trente-deux pourcent des cas savent que leur maladie est d'origine inflammatoire (N=32).

Le facteur de risque héréditaire n'était connu que par 19% de nos patients (N=19). Quarante-treize pourcent des patients (N=93) savaient qu'il s'agissait d'une affection chronique et nécessitant un suivi régulier tout au long de leur vie.

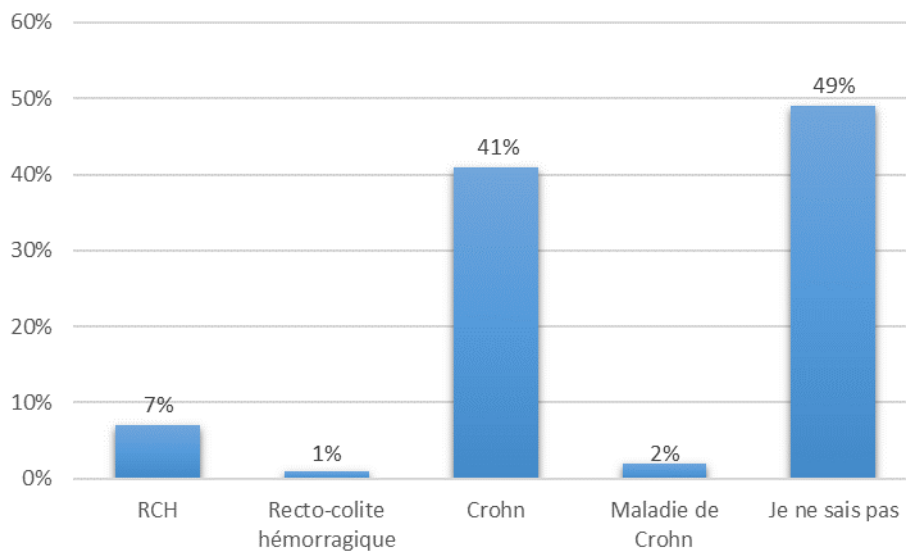


Figure 16: Les réponses sur « le nom de la maladie »

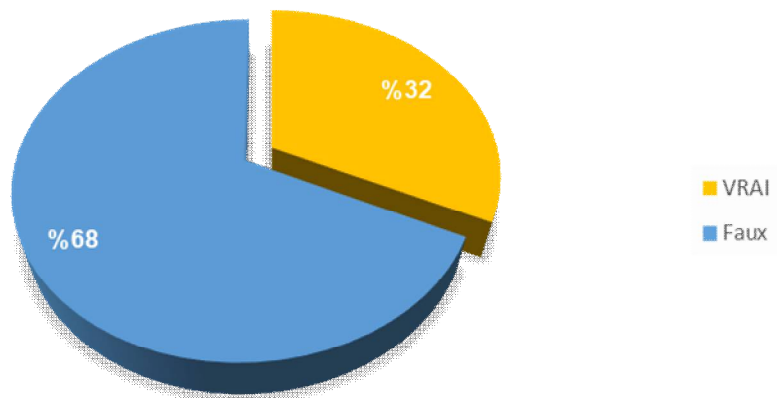


Figure 17: Les réponses sur « la nature inflammatoire de la maladie »

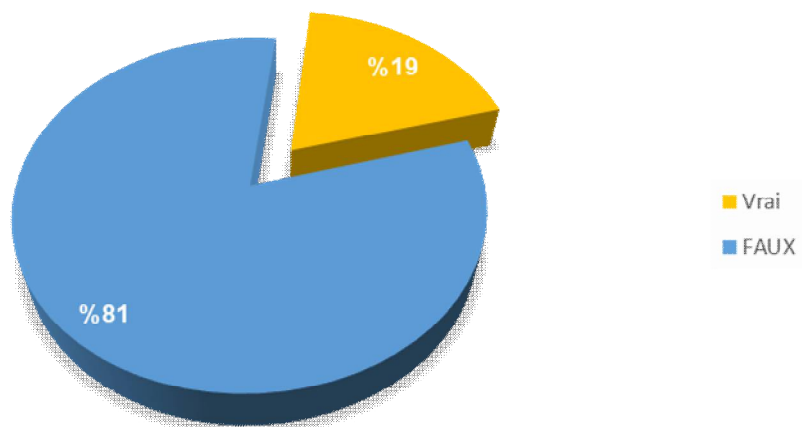


Figure 18: Les réponses sur « le facteur de risque héréditaire »

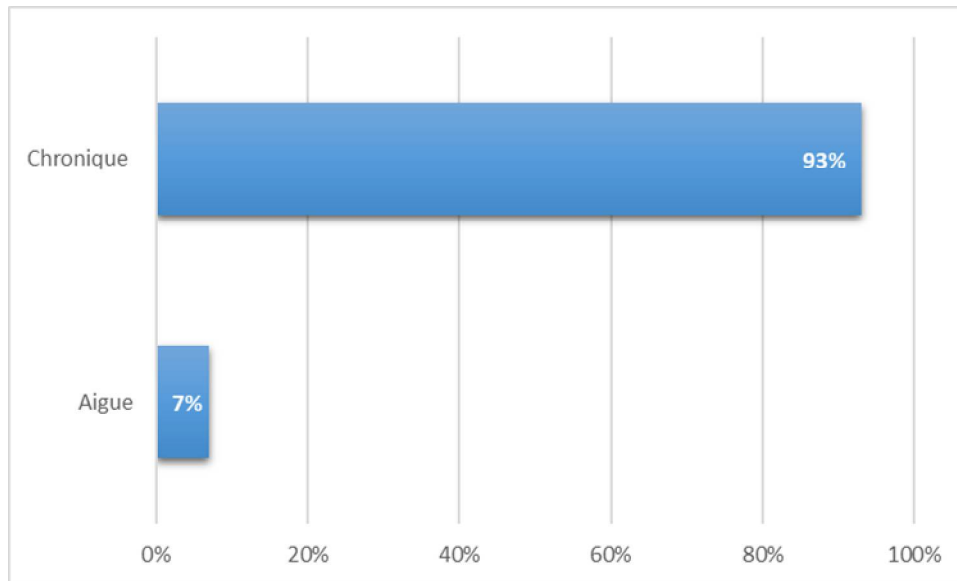


Figure 19: Les réponses sur « la chronicité de la maladie »

L'état psychologique avait une influence sur la maladie pour 57% des patients (N=57), et 22,5% d'entre eux pensaient pouvoir contrôler la maladie uniquement en contrôlant leur état psychologique (N=13).

Les manifestations extradigestives font partie de la maladie pour 28% de nos patients (N=28), et les manifestations ostéo-articulaires sont les symptômes les plus signalés, suivies par les atteintes oculaires.

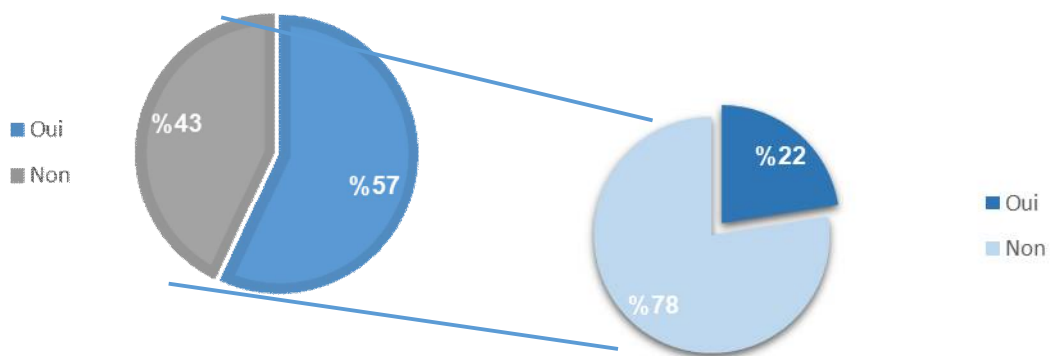


Figure 20: Les réponses sur « Lien entre la maladie l'état psychologique »

Figure 21 : Les réponses sur « Le contrôle de la maladie par le contrôle de l'état psychologique »

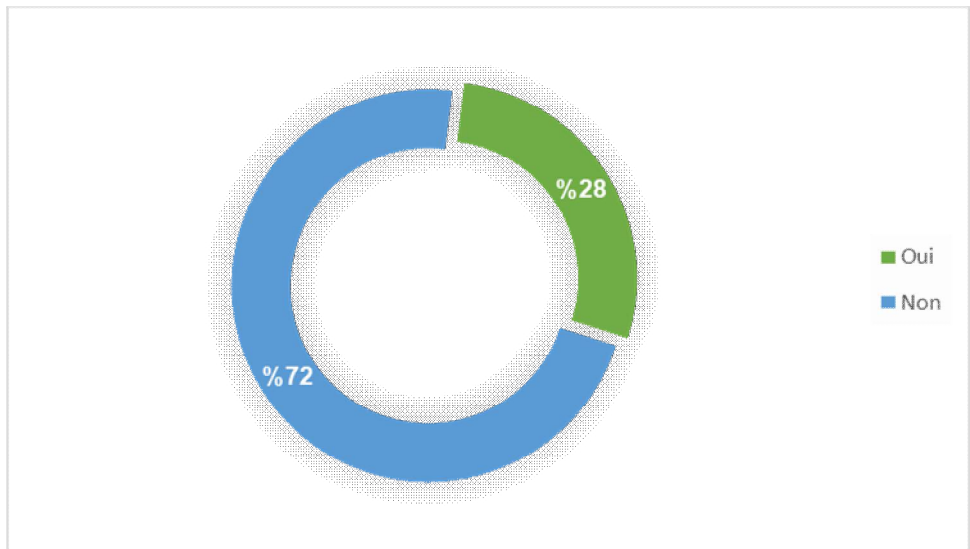


Figure 21: Les réponses sur « Les manifestations extra-digestives et MICI »

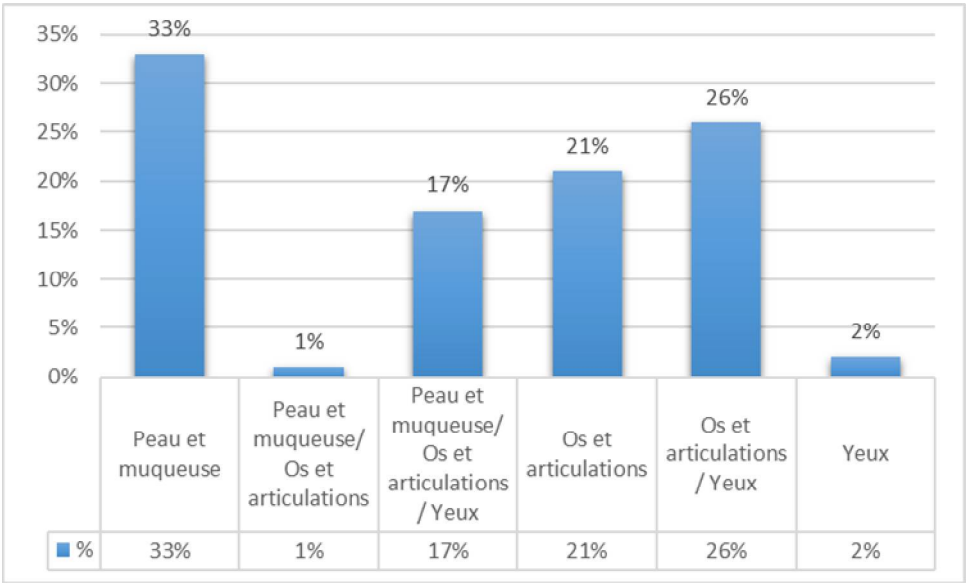


Figure 22: Les réponses sur « Les manifestations extra-digestives les plus connus par les patients »

En ce qui concerne le régime alimentaire, 43% de nos patients (N=43) suivaient un régime alimentaire particulier et le régime sans produits laitiers était prédominant. Parmi eux, 37,2% (N=16) suivaient un régime sans résidus pendant les périodes de poussée de la maladie.

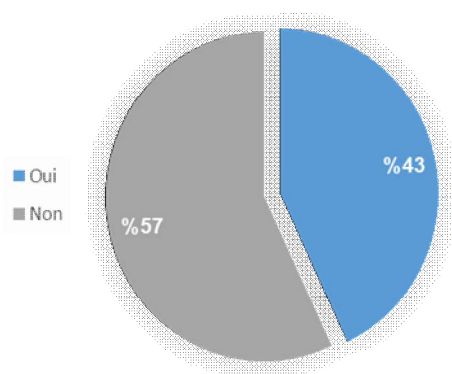


Figure 23: Les réponses sur « Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? »

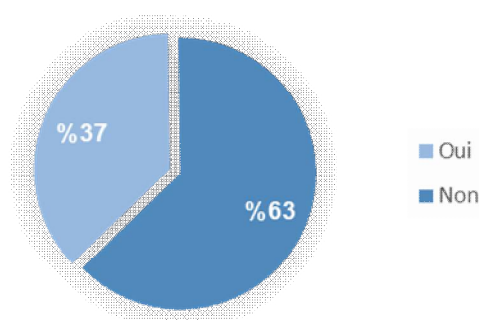


Figure 24: Les réponses sur « le régime alimentaire sans résidus au moment des poussées »

Tableau 20: Pourcentage des réponses correctes : Connaissances générales

Connaissances générales des patients	Réponses correctes n (%)
Nom de la maladie	51 (51%)
Nature inflammatoire de la maladie	32 (32%)
Facteur de risque héréditaire	19 (19%)
Affection chronique	93 (93%)
Lien entre la maladie et l'état psychologique	57 (57%)
Manifestations extra-digestives	28 (28%)
Régime sans résidus au moment des poussées de la maladie	16 (37,2%)

4.2- Connaissances sur le traitement

Concernant le volet thérapeutique du questionnaire, 44% des cas (N=44) ne connaissaient pas le nom des médicaments qu'ils prenaient et seulement 59% des patients (N=59) ont reçu des informations avant de commencer leur traitement.

Parmi les patients traités par les corticoïdes, 82,2% étaient conscients de la durée limitée du traitement (N=19). Pour l'Azathioprine et 6-MP, le rythme de surveillance biologique est reconnu que par 58% des malades (N=34). Quinze pourcents des patients (N=9) étaient conscients des risques liés aux immunosuppresseurs, les risques les plus redoutés étant les complications hématologiques et hépatiques.

Nos résultats indiquent que la majorité de nos patients (57%) n'étaient pas informés du médicament contre-indiqué en cas de projet de grossesse, tandis qu'une minorité (18%) avait connaissance que le méthotrexate est strictement interdit dans ce contexte.

Soixante-onze pourcent des patients (N=71) avaient une mauvaise perception de l'utilisation de la biothérapie en pensant à tort qu'elle était utilisée en tant que traitement de première intention.

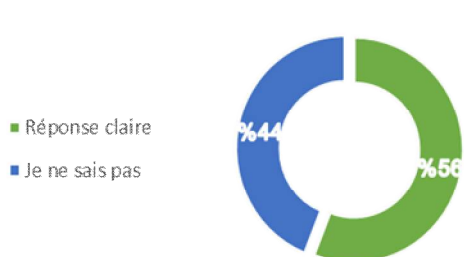


Figure 25: Les réponses sur « Le nom du traitement »

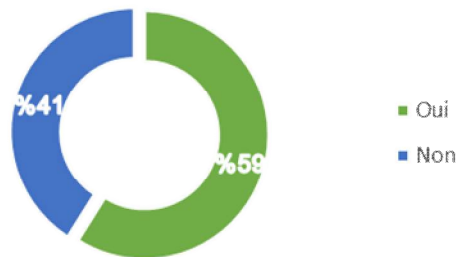


Figure 26: Les réponses sur « Patients ayant reçu des informations avant de démarrer le traitement »

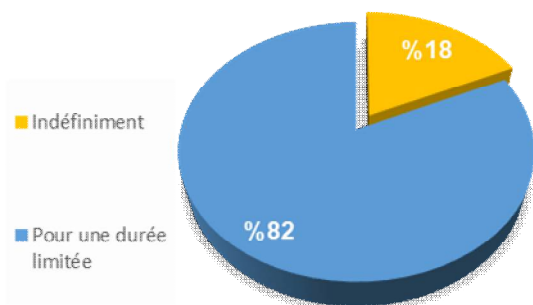


Figure 27: Les réponses sur « La durée limitée d'utilisation des corticoïdes »

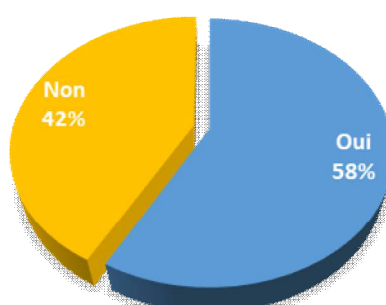
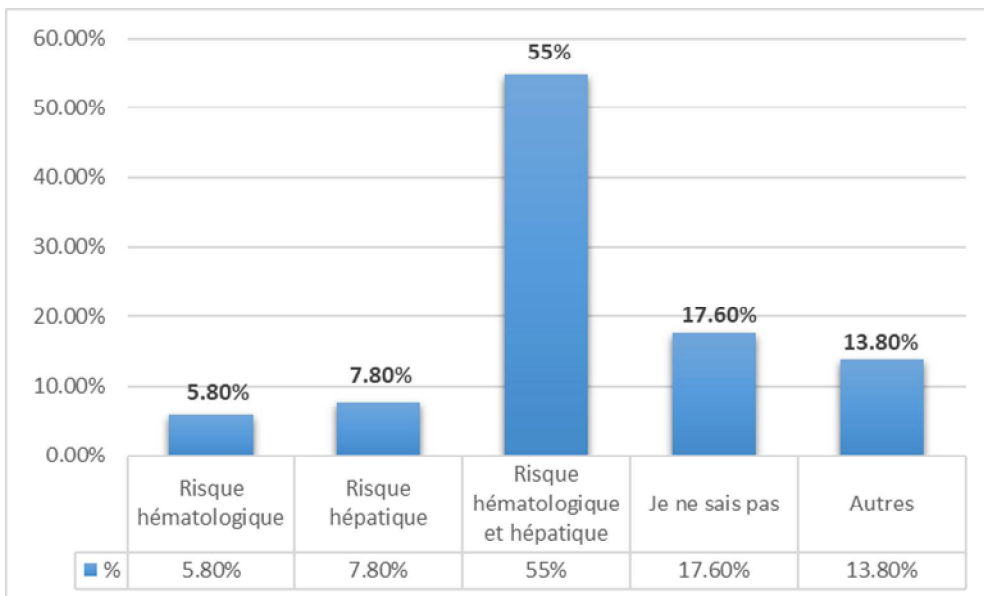
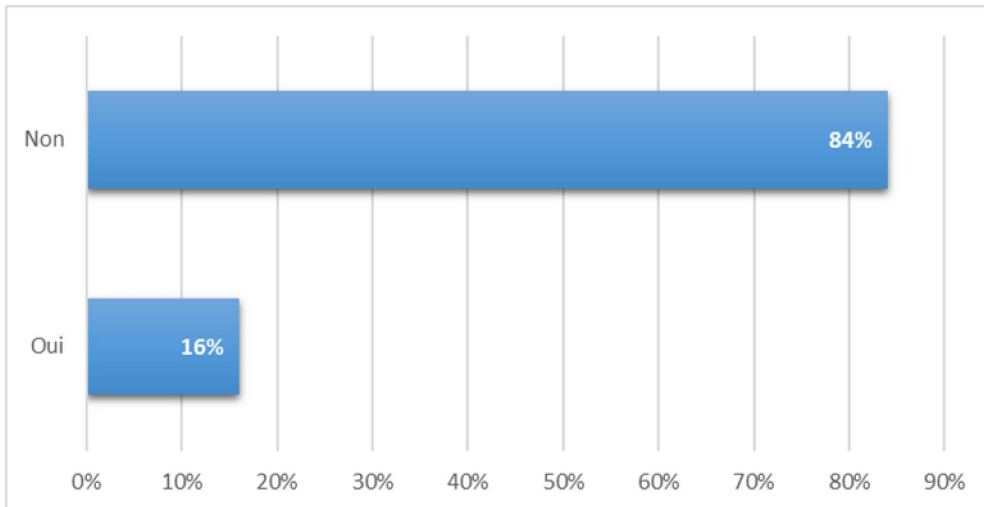


Figure 28: Les réponses sur « La connaissance du rythme de surveillance de l'Azathioprine et 6-MP »



Figures 29, 30: Les réponses sur « La connaissance des risques des immunosuppresseurs»

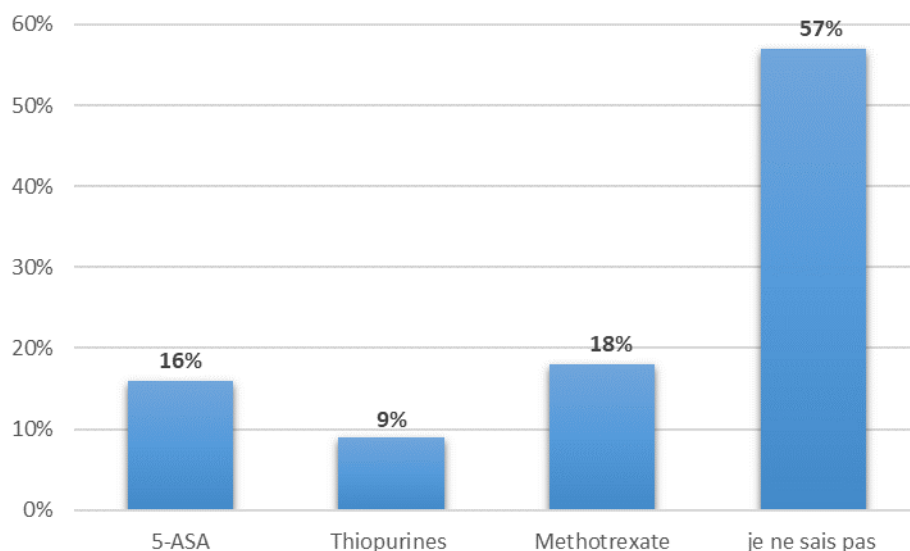


Figure 31: Les réponses sur « Le traitement contre-indiqué en cas de projet de grossesse

»

Tableau 21: Pourcentage des réponses correctes : Traitement

Connaissances sur le traitement	Réponses correctes n (%)
Le nom du médicament	56 (56%)
Informations reçues avant de démarrer le traitement	59 (59%)
Durée limitée du traitement (corticoïdes)	19 (82,2%)
Rythme de surveillance biologique (Azathioprine et 6-MP)	34 (58%)
Risques liés aux immunosuppresseurs	9 (15,5%)
Le traitement contre-indiqué en cas de projet de grossesse	18 (18%)
L'utilisation de la biothérapie (en première intention)	29 (29%)

4.3- Connaissances sur les complications

La fertilité peut être affectée par la maladie pour 18% des cas (N=18), et 20% des cas (N=20) pensent que leur maladie peut altérer la sexualité.

Toutes nos patientes ont été interrogées si leur maladie risque d'affecter une éventuelle grossesse. La réponse était affirmative chez 39,6% (N=21).

La moitié des cas (52%) craignent des complications liées à leur maladie (N=52), et 78,8% d'entre eux (N=41) estiment que la maladie peut se dégénérer.

Parmi ces patients, 39% (N=16) considèrent que le traitement médical est un moyen de prévention efficace.

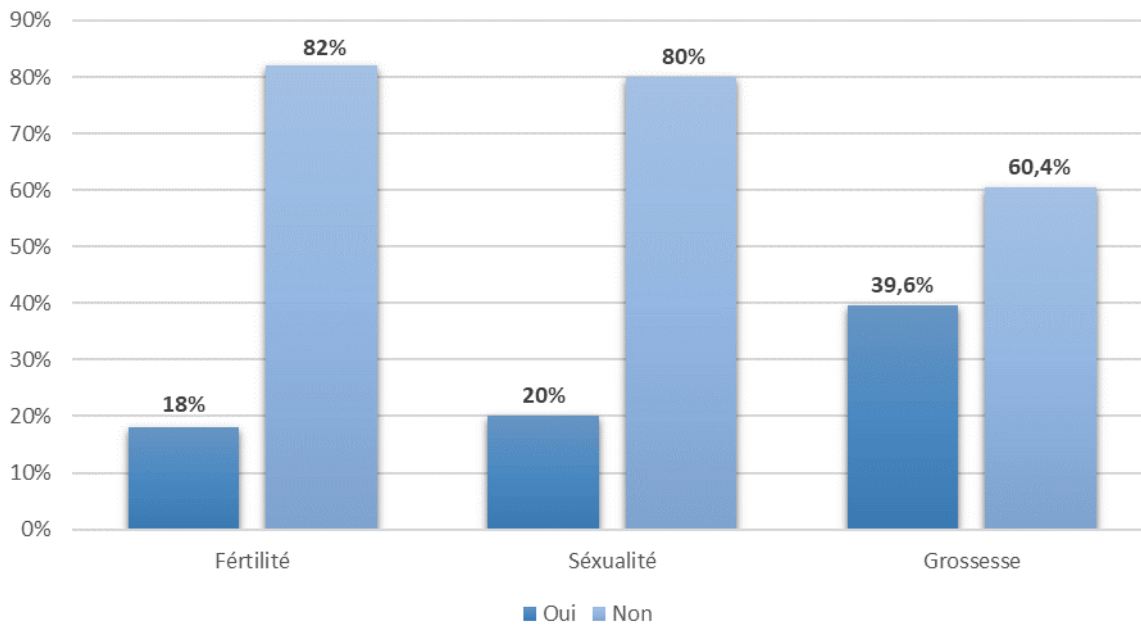


Figure 32: Les réponses sur « Est-ce-que la maladie peut affecter la : fertilité, sexualité et grossesse »

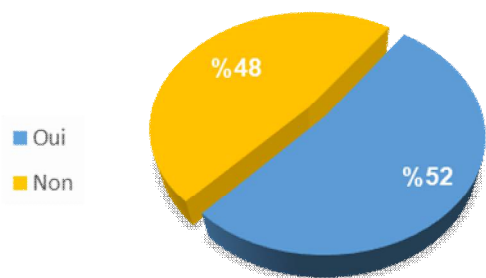


Figure 33: Les réponses sur « Est-ce-que la maladie peut se compliquer »

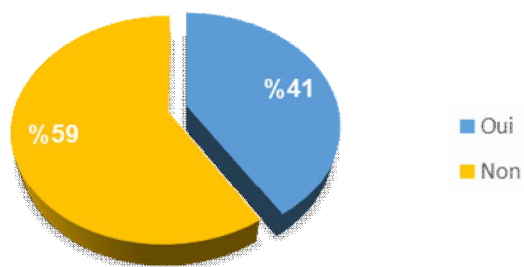


Figure 34: Les réponses sur « Est-ce-que la maladie peut se dégénérer »

Tableau 22: Pourcentage des réponses correctes : Complications

Connaissances sur les complications de la maladie	Réponses correctes n (%)
MICI et fertilité	18 (18%)
MICI et sexualité	19 (19%)
MICI et grossesse	21 (39,6%)
Maladie peut se compliquer	52 (52%)
Maladie peut se dégénérer	41 (41%)
Traitement médical = moyen de prévention des complications	16 (39%)

4.4- Sources d'information et Relation médecin-malade

Le médecin traitant reste la principale source d'information pour 47% des participants (N=47), avec une utilisation de plus en plus courante d'internet comme deuxième source d'information 35% (N=35). En revanche, les médias, l'entourage et les malades sont rarement utilisés comme sources d'information, avec seulement 7% et 11 % des patients respectivement.

En termes de satisfaction des informations fournies, il a été observé que 31% des patients étaient satisfaits des informations reçues de leur médecin, tandis que 17% déclarent ne pas les comprendre, pour internet, ces chiffres sont respectivement de 25,7% et 20%.

Parmi les patients qui ont recours à internet comme source d'information, la majorité d'entre eux 91,4% (N=32) utilisent des sites généraux, en revanche l'utilisation des réseaux sociaux comme source d'information est moins répandue 8,57% (N=3).

Trente-deux pourcent des patients considèrent leurs connaissances sur leur maladie comme étant mauvaises (N=32), tandis que 45% les jugent moyennes (N=45) et seulement 23% des patients estiment connaître parfaitement leur maladie (N=23).

D'après les résultats de l'enquête, la majorité des patients 89% estime que la relation entre le médecin et le patient est bonne voir excellente (N=89), tandis que dans 11% des cas (N=11), elle est jugée mauvaise.

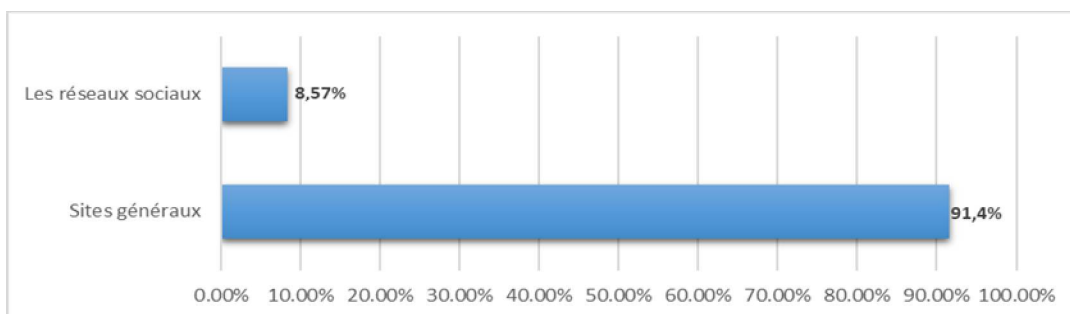
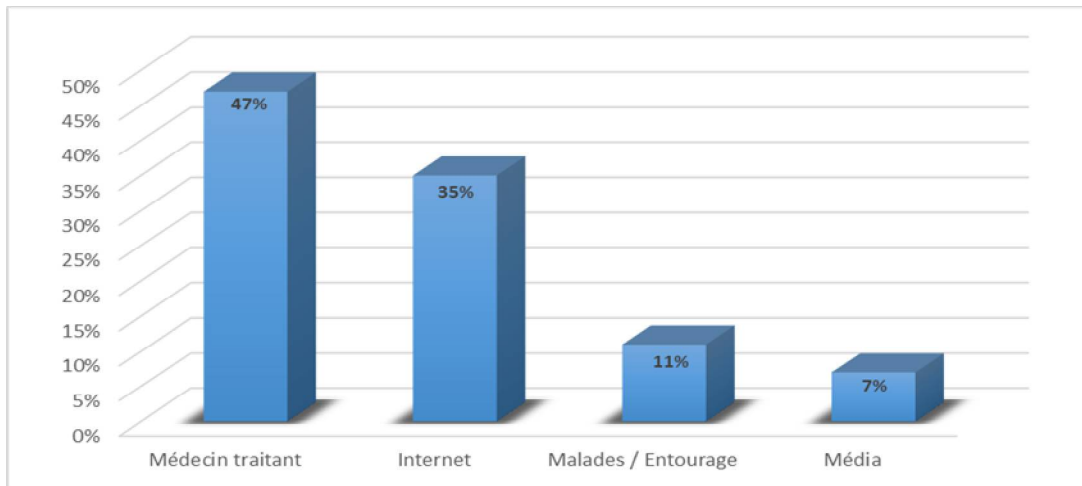


Figure 35, 36: Les réponses sur « Les sources d'informations »

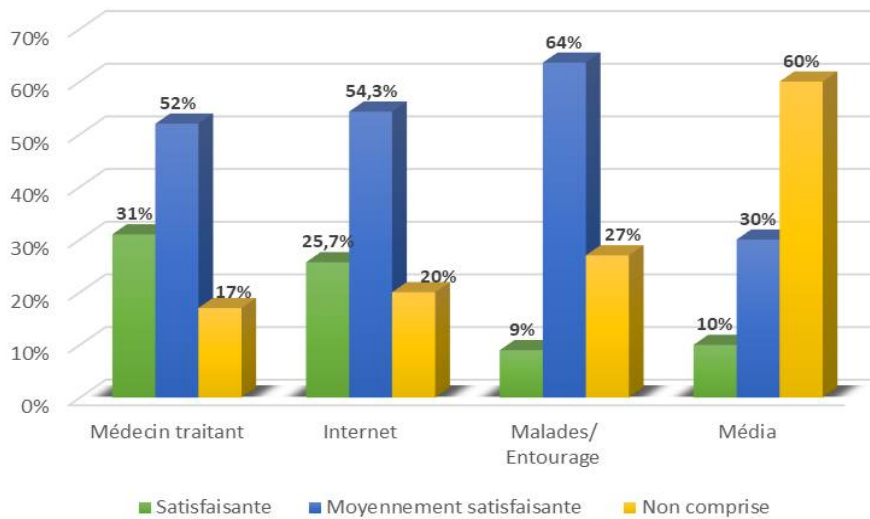


Figure 37: Évaluation des informations fournies par les différentes sources selon les patients

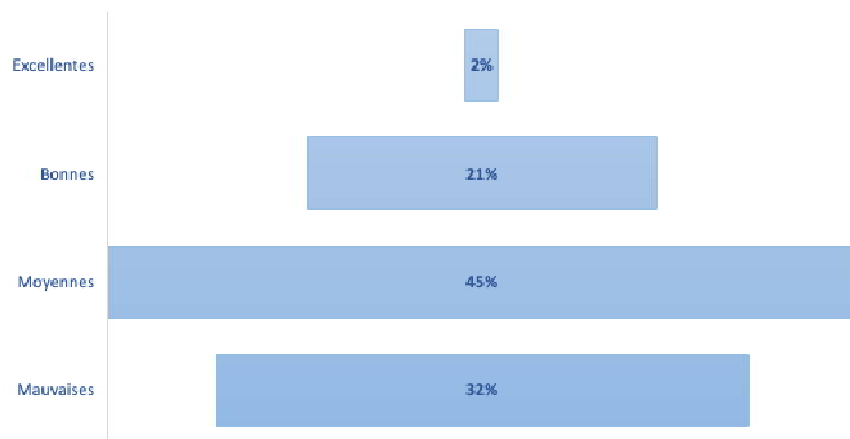


Figure 38: Les connaissances des patients sur les MICI selon leur propre estimation

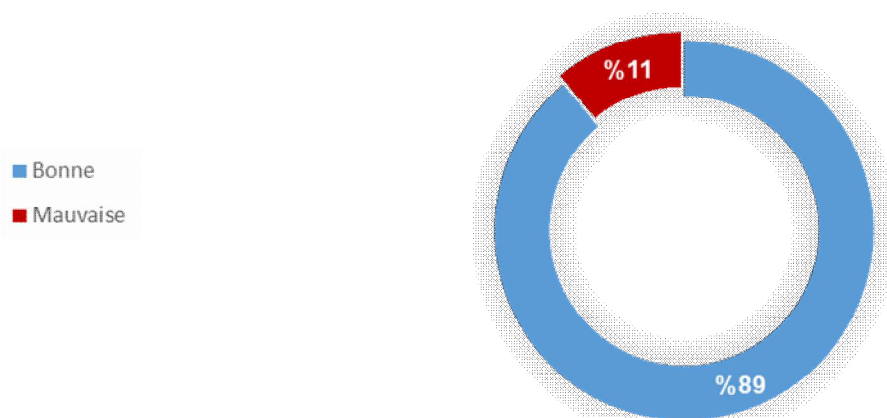


Figure 39: Les réponses sur « La relation médecin-malade »

Tableau 23: Les sources d'informations des patients et niveau de satisfaction

Sources d'informations des patients	N (%)	Satisfaisante N (%)	Moyennement satisfaisante N (%)	Non comprise N (%)
Médecin traitant	47 (47%)	15 (31%)	24 (52%)	8 (17%)
Internet	35 (35%)	9 (25,7%)	19 (54,3%)	7 (20%)
- Sites généraux	32 (91,4%)	-	-	-
- Réseaux sociaux	3 (8,57%)	-	-	-
Malades / Entourage	11 (11%)	1 (9%)	7 (63,6%)	3 (27,4%)
Média	7 (7%)	1 (10%)	2 (30%)	4 (60%)

Tableau 24: Perception des patients sur leur connaissance de leur maladie et évaluation de la relation médecin-patient

Perception des patients sur leur connaissance de leur maladie	N (%)
- Mauvaises connaissances	32 (32%)
- Connaissances moyennes	45 (45%)
- Bonnes connaissances	23 (23%)
Relation médecin-malade	
- Relation jugée bonne ou excellente	89 (89%)
- Relation jugée mauvaise	11 (11%)

Tableau 25: Tableau récapitulatif des connaissances pour chaque volet du questionnaire

Connaissances générales des patients		Réponses correctes n (%)		
Nom de la maladie		51 (51%)		
Nature inflammatoire de la maladie		32 (32%)		
Facteur de risque héréditaire		19 (19%)		
Affection chronique		93 (93%)		
Lien entre la maladie et l'état psychologique		57 (57%)		
Manifestations extra-digestives		28 (28%)		
Régime sans résidus au moment des poussées de la maladie		16 (37,2%)		
Connaissances sur le traitement		Réponses correctes n (%)		
Le nom du médicament		56 (56%)		
Informations reçues avant de démarrer le traitement		59 (59%)		
Durée limitée du traitement (corticoïdes)		19 (82,2%)		
Rythme de surveillance biologique (Azathioprine et 6-MP)		34 (58%)		
Risques liés aux immunosuppresseurs		9 (15,5%)		
Le traitement contre-indiqué en cas de projet de grossesse		18 (18%)		
L'utilisation de la biothérapie (en première intention)		29 (29%)		
Connaissances sur les complications de la maladie		Réponses correctes n (%)		
MICI et fertilité		18 (18%)		
MICI et sexualité		19 (19%)		
MICI et grossesse		21 (39,6%)		
Maladie peut se compliquer		52 (52%)		
Maladie peut se dégénérer		41 (41%)		
Traitement médical = moyen de prévention des complications.		16 (39%)		
Sources d'informations des patients	N (%)	Satisfaisante N (%)	Moyennement satisfaisante N (%)	Non comprise N (%)
Médecin traitant	47 (47%)	15 (31%)	24 (52%)	8 (17%)
Internet	35 (35%)	9 (25,7%)	19 (54,3%)	7 (20%)
- Sites généraux	32 (91,4%)	-	-	-
- Réseaux sociaux	3 (8,57%)	-	-	-
Malades / Entourage	11 (11%)	1 (9%)	7 (63,6%)	3 (27,4%)
Média	7 (7%)	1 (10%)	2 (30%)	4 (60%)
Perception des patients sur leur connaissance de leur maladie		N (%)		
- Mauvaises connaissances		32 (32%)		
- Connaissances moyennes		45 (45%)		
- Bonnes connaissances		23 (23%)		
Relation médecin-malade				
- Relation jugée bonne ou excellente		89 (89%)		
- Relation jugée mauvaise		11 (11%)		

5- Résultats analytiques

5.1- L'Age

Les résultats statistiques de notre étude démontrent une relation positive significative entre l'âge des patients et les réponses correctes. En effet, les réponses sont meilleures lorsque l'âge des patients est plus jeune, ($p=0,001$).

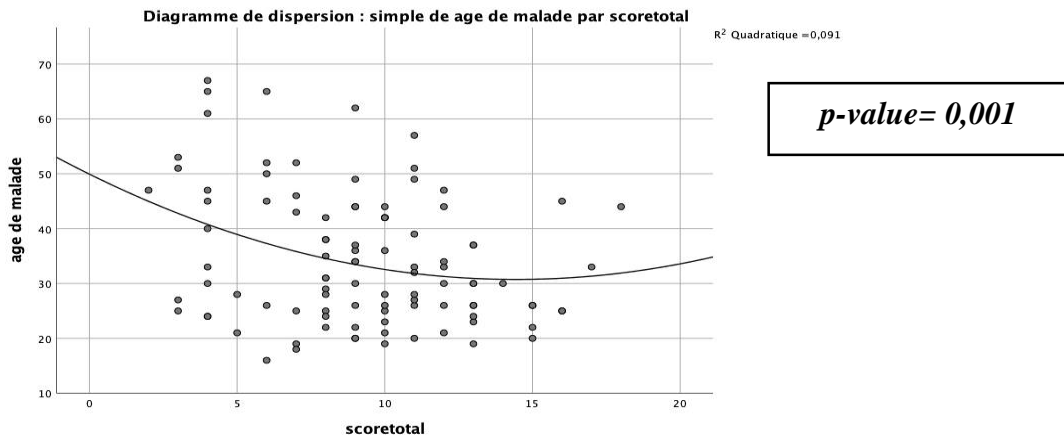


Figure 40: Corrélation entre l'âge des patients et le taux des réponses correctes

5.2- Le sexe

La médiane des réponses correctes ne présentait pas de différence significative entre les patients de sexe masculin (9 - [6, 14]) et les patients de sexe féminin (9 - [8, 12.5]) ($p = 0,209$).

Tableau 26: Médiane des réponses correctes selon le sexe des patients

	Sexe		P-value
	Hommes	Femmes	
Connaissances générales	5 [3,6]	6 [4.5, 7]	0,151
Traitement	2 [1,4]	2 [1,3]	0,846
Complications	1 [0,3]	2 [0.5, 3]	0,067
Total	9 [6,14]	9 [8, 12.5]	0,209

5.3- L'origine

Les patients d'origine urbaine ont montré une médiane de réponses correctes significativement plus élevée (10 - [8,12]) par rapport aux patients d'origine rurale (7.5 - [4,10]) ($p=0,03$).

Cette différence est observée dans tous les volets du questionnaire, et elle est statistiquement significative dans le volet des complications ($p = 0,017$).

Tableau 27: Médiane des réponses correctes selon l'origine des patients

	Origine		P-value
	Urbaine	Rurale	
Connaissances générales	6 [4,7]	4.5 [3,6]	0,103
Traitement	2 [1, 3.25]	1 [1,3]	0,195
Complications	2 [0.75, 3]	1 [0, 1.75]	0,017
Total	10 [8,12]	7.5 [4,10]	0,03

5.4- Le statut matrimonial

Les patients célibataires ont présenté une médiane des réponses correctes supérieure à celle des patients mariés (10 - [7.5 ,12] vs 8.5 - [4,11], respectivement) ($p=0,124$).

Cette variation est observée dans tous les domaines du questionnaire, mais elle est plus marquée dans le volet des connaissances générales et du traitement.

Tableau 28: Médiane des réponses correctes selon le statut matrimonial des patients

	Statut matrimonial		P-value
	Célibataires	Marie(e)s	
Connaissances générales	6 [4,7]	5 [3, 6.25]	0,216
Traitement	2 [1,4]	1 [1,3]	0,109
Complications	1 [0,3]	1 [0, 2.25]	0,589
Total	10 [7.5 ,12]	8.5 [4,11]	0,124

5.5- La couverture sociale

En ce qui concerne la couverture médicale, la médiane des réponses correctes chez les patients mutualistes (10 - [1.75, 6.25]) est plus élevée par rapport à celle des patients bénéficiant du RAMED (9 - [7, 12]) ($p=0,579$).

Tableau 29: Médiane des réponses correctes selon la couverture sociale des patients

	Couverture sociale		P-value
	RAMED	Mutuelle	
Connaissances générales	6 [3,7]	6 [4.25, 7]	0,312
Traitement	2 [1,4]	1.5 [0.25, 2]	0,055
Complications	1 [0,3]	1 [1, 3.75]	0,561
Total	9 [7,12]	10 [1.75, 6.25]	0,579

5.6- Le niveau scolaire

La médiane des réponses correctes montre une relation positive avec le niveau scolaire, les patients ayant un niveau universitaire obtenant des résultats significativement plus élevés (11- [10,13]) par rapport à ceux ayant un niveau secondaire (10 - [8, 11.5]), ces derniers obtenant à leur tour des résultats supérieurs par rapport aux patients ayant un niveau primaire (9 - [5.5, 12.5]), ainsi qu'aux patients non scolarisés (7 - [4, 9.25]) ($p = 0,004$).

Cette différence est observée dans tous les domaines du questionnaire, avec une signification statistique dans le domaine des connaissances générales ($p = 0,03$) et du traitement ($p = 0,035$).

Tableau 30: Médiane des réponses correctes selon le niveau scolaire des patients

	Niveau scolaire				P-value
	Universitaire	Secondaire	Primaire	Non scolarisé	
Connaissances générales	6.5 [5, 7.75]	6 [5,7]	5 [3.5, 6]	4 [3,6]	0,03
Traitement	2 [1.25, 3.75]	2 [1,4]	2 [1, 2.5]	1 [0, 2.25]	0,035
Complications	2 [1,4]	1 [1,3]	1 [0,3]	1 [0,3]	0,184
Total	11 [10,13]	10 [8, 11.5]	9 [5.5, 12.5]	7 [4, 9.25]	0,004

5.7- ATCD familiaux de MICI

Les patients ayant des antécédents familiaux de MICI présentent une médiane des réponses correctes plus élevée par rapport aux patients sans antécédents familiaux de MICI (11 - [7.5, 12] vs 9 - [7,11], respectivement) ($p = 0,087$).

Cette différence est statistiquement significative dans le domaine des connaissances générales ($p = 0,011$).

Tableau 31: Médiane des réponses correctes selon les antécédents familiaux de MICI

	ATCD familiaux de MICI		P-value
	Non	Oui	
Connaissances générales	6 [4,7]	6 [4.4, 7.5]	0,011
Traitement	2 [1,3]	1 [0, 2.5]	0,532
Complications	1 [0,3]	2 [1,4]	0,95
Total	9 [7,11]	11 [7.5, 12]	0,087

5.8- Type de la maladie

Les résultats de notre étude démontrent que les patients atteints de la maladie de Crohn (MC) présentent une médiane des réponses correctes significativement plus élevée que ceux atteints de la Rectocolite Hémorragique (RCH) (10 - [8,12]vs 8 - [4, 10], respectivement) ($p = 0,008$).

Cette variation est observée dans les domaines des connaissances générales, du traitement et des complications, avec une différence significative dans le volet des complications ($p = 0,002$).

Tableau 32: Médiane des réponses correctes selon le type de la maladie

	Type de la maladie		P-value
	Maladie de Crohn	RCH	
Connaissances générales	6 [5,7]	5 [3,7]	0,36
Traitement	2 [1,4]	1 [1,2]	0,09
Complications	2 [1,3]	1 [0, 1.5]	0,002
Total	10 [8,12]	8 [4,10]	0,008

5.9- L'ancienneté de la maladie / nombre de poussées

Les données statistiques de notre étude indiquent que ni l'ancienneté de la maladie, ni le nombre de poussées survenues au cours de la dernière année n'ont montré de corrélation significative avec les réponses correctes, $p= 0,301$ et $0,854$ respectivement.

Tableau 33: Corrélation entre l'ancienneté de la maladie, le nombre de poussées et le taux de réponses correctes

	Connaissances générales	Traitement	Complications	Total
Ancienneté de la maladie (P-value)	0,131	0,659	0,934	0,301
Nb de poussées durant la dernière année (P-value)	0,656	0,319	0,245	0,854

5.10- Informations reçues avant le traitement

Les patients qui ont reçu des informations avant de commencer leur traitement ont obtenu une médiane de réponses correctes significativement supérieure dans le volet du traitement par rapport à ceux qui n'ont pas reçu d'informations ($p = 0,014$).

Tableau 34: Médiane des réponses correctes selon les informations reçues avant le traitement

	Patients ayant reçu des informations avant de démarrer le traitement		P-value
	Non	Oui	
Connaissances générales	5 [3,7]	6 [5,7]	0,267
Traitement	1 [1,2]	2 [1,3]	0,014
Complications	1 [0,3]	1 [0,3]	0,481
Total	4 [9,11]	10 [8,12]	0,074

5.11- Sources d'informations

Dans notre série, les patients qui utilisent Internet comme source d'information ont présenté une médiane de réponses correctes significativement plus élevée dans les trois volets du questionnaire par rapport à ceux qui se basent sur leur médecin comme source d'information, avec une valeur de $p < 0,001$.

Tableau 35: Médiane des réponses correctes selon les sources d'information

	Sources d'information		P-value
	Internet	Médecin	
Connaissances générales	6 [5,8]	4 [3, 6]	<0,001
Traitement	3 [1,4]	1 [0,2]	<0,001
Complications	3 [1,4]	1 [0,3]	<0,001
Total	11 [9,14]	7 [4,10]	<0,001

5.12- Relation médecin-malade

D'après nos résultats, la différence de médiane des réponses correctes entre les patients ayant une relation satisfaisante avec leur médecin et ceux ayant une relation insatisfaisante n'est pas statistiquement significative ($p=0,264$).

Tableau 36: Médiane des réponses correctes selon la relation médecin-malade

	Relation médecin-malade		P-value
	Bonne	Mauvaise	
Connaissances générales	6 [4,7]	5 [3, 6]	0,148
Traitement	2 [1,3]	1 [1,3]	0,398
Complications	1 [0,3]	2 [1,3]	0,568
Total	9 [7,12]	9 [6,10]	0,264

Tableau 37: Tableau récapitulatif des résultats analytiques

	Connaissances générales	Traitement	Complications	Total
L'Age : <i>P-value</i>	0,097	0,033	0,11	0,01
Sexe : - Masculin - Féminin <i>P-value</i>	5 [3,6] 6 [4.5, 7] 0,151	2 [1,4] 2 [1,3] 0,846	1 [0,3] 2 [0.5, 3] 0,067	9 [6,14] 9 [8, 12.5] 0,209
Origine : - Urbaine - Rurale <i>P-value</i>	6 [4,7] 4.5 [3,6] 0,103	2 [1, 3.25] 1 [1,3] 0,195	2 [0.75, 3] 1 [0, 1.75] 0,017	10 [8,12] 7.5 [4,10] 0,03
Statut matrimonial : - Célibataire - Marié(e) <i>P-value</i>	6 [4,7] 5 [3, 6.25] 0,216	2 [1,4] 1 [1,3] 0,109	1 [0,3] 1 [0, 2.25] 0,589	10 [7.5 ,12] 8.5 [4,11] 0,124
Couverture sociale : - RAMED - Mutuelle <i>P-value</i>	6 [3,7] 6 [4.25, 7] 0,312	2 [1,4] 1.5 [0.25, 2] 0,055	1 [0,3] 1 [1, 3.75] 0,561	9 [7,12] 10 [1.75, 6.25] 0,579
Niveau scolaire : - Universitaire - Secondaire - Primaire - Non scolarisé <i>P-value</i>	6.5 [5, 7.75] 6 [5,7] 5 [3.5, 6] 4 [3,6] 0,03	2 [1.25, 3.75] 2 [1,4] 2 [1, 2.5] 1 [0, 2.25] 0,035	2 [1,4] 1 [1,3] 1 [0,3] 1 [0,3] 0,184	11 [10,13] 10 [8, 11.5] 9 [5.5, 12.5] 7 [4, 9.25] 0,004
ATCD familiaux de MICI : - Non - Oui <i>P-value</i>	6 [4,7] 6 [4.4, 7.5] 0,011	2 [1,3] 1 [0, 2.5] 0,532	1 [0,3] 2 [1,4] 0,95	9 [7,11] 11 [7.5, 12] 0,087
Type de la maladie : - MC - RCH <i>P-value</i>	6 [5,7] 5 [3,7] 0,36	2 [1,4] 1 [1,2] 0,09	2 [1,3] 1 [0, 1.5] 0,002	10 [8,12] 8 [4,10] 0,008
Ancienneté de la maladie : <i>P-value</i>	0,131	0,659	0,934	0,301
Nb de poussées durant la dernière année : <i>P-value</i>	0,656	0,319	0,245	0,854
Informations reçues avant le traitement : - Non - Oui <i>P-value</i>	5 [3,7] 6 [5,7] 0,267	1 [1,2] 2 [1,3] 0,014	1 [0,3] 1 [0,3] 0,481	4 [9,11] 10 [8,12] 0,074
Sources d'information : - Internet - Médecin traitant <i>P-value</i>	6 [5,8] 4 [3, 6] <0,001	3 [1,4] 1 [0,2] <0,001	3 [1,4] 1 [0,3] <0,001	11 [9,14] 7 [4,10] <0,001
Relation médecin-malade - Bonne - Mauvaise <i>P-value</i>	6 [4,7] 5 [3,6] 0,148	2 [1,3] 1 [1,3] 0,398	1 [0,3] 2[1,3] 0,568	9 [7,12] 9 [6,10] 0,264



DISCUSSION



IX- DISCUSSION

La gestion des MICI est un défi permanent pour les patients. Leurs croyances et leurs connaissances concernant la pathologie et le traitement de la maladie peuvent affecter l'auto-efficacité, la gestion de la maladie et les choix comportementaux tels que l'alimentation et la performance en matière d'activité physique, ainsi que la gestion de l'anxiété et de la dépression, et la qualité de vie globale [83]. Des études ont montré que des niveaux de connaissances élevés chez les patients atteints de MICI peuvent réduire les coûts de traitement et la probabilité d'utilisation de médicaments biologiques et de corticostéroïdes [20, 86]. Cependant, le manque de connaissances concernant leur maladie et son évolution sous traitement ne fait qu'accentuer l'anxiété chez ces patients.

Peu d'études ont été menées au Maroc pour évaluer le niveau de connaissances des patients atteints de MICI concernant leur maladie. Notre étude a mis en évidence un réel déficit de connaissance chez ces patients, portant sur tous les aspects de la maladie. Plusieurs études ont été réalisées dans cet optique en utilisant des questionnaires spécifiques tels que [le Crohn's and Colitis Knowledge (CCKNOW) score, développé au Royaume-Uni de 24 items [29], l'Inflammatory Bowel Disease Knowledge (IBD-KNOW) questionnaire, développé en Corée de 24-items [128], l'IBD-INFO questionnaire français, composé de 65 items [24] et le questionnaire Understanding IBD (U-IBDQ) de 30 items a été utilisé à Tel Aviv en 2020 [83]]. Tous ces travaux ont abouti à des conclusions similaires, confirmant le manque de connaissances des patients concernant leur maladie.

Dans notre étude, la moyenne des réponses correctes sur les 26 questions du questionnaire était de 9,19 (2-18). Selon, une étude menée aux États-Unis

pour évaluer le degré de connaissance des patients atteints de MICI avant un atelier d'éducation a révélé que le score moyen sur un questionnaire de 30 items (CCKNOW) était de 18 points [98], ce qui était supérieur à celui d'une étude menée en Corée, où le degré de connaissance des sujets était inférieur à la moyenne, 10 sur un score maximum de 24 [126]. Les scores CCKNOW de deux autres études menées dans des pays en développement étaient également inférieurs, avec un score moyen global de 6,64 dans une étude menée en Asie du Sud et une moyenne de 4,65 (sur 24) dans une étude menée en Iran [100, 116].

Dans notre série, le volet de connaissances générales a montré la médiane des réponses correctes la plus élevée, suivi du volet de traitement et de complications. Ces résultats concordent avec l'étude menée par Meyiz et al., où il a été constaté que les patients, avaient une meilleure connaissance des informations générales sur les MICI par rapport à l'alimentation, aux complications et au traitement [137]. En revanche, en Iran, les connaissances dans les domaines de l'alimentation et des médicaments semblaient légèrement meilleures que celles des connaissances générales et des complications [100]. En Asie du Sud, les connaissances générales sur les MICI, y compris l'anatomie et le traitement, semblaient mieux maîtrisées par les patients que la connaissance du régime alimentaire et des complications des MICI [116].

1- Données démographiques

La moyenne d'âge des participants dans notre étude était de 34,5 ans, avec des extrêmes d'âge variant entre 16 à 67 ans, ce qui est cohérent avec les résultats d'autres études récentes. Par exemple, une étude menée au CHU de Fès (Meyiz et al.) [136], a rapporté une moyenne d'âge de 38 ans (17-70 ans). De plus, d'autres études internationales ont également rapporté des moyennes d'âge

similaires, variant entre 34 et 38 ans [24, 83, 128]. En Corée, une étude a révélé que près de 70% des patients avaient moins de 40 ans [127]. Cette tendance à une moyenne d'âge jeune peut être attribuée à la prévalence croissante des MICI chez les jeunes adultes.

Notre étude trouve une légère prédominance féminine (sex-ratio H/F de 0,88), en accord avec d'autres études nationales, notamment celles menées au CHU de Fès [136] (sex-ratio H/F de 0,82) et au CHU de Marrakech [137] (sex-ratio H/F de 0,75), ainsi qu'avec des études internationales menées en France, en Italie et en Iran [20, 24, 100], ceci pourrait s'expliquer par une recherche plus active de soins médicaux chez les femmes.

Dans notre étude 25% des patients proviennent de zones rurales, résultats similaires à ceux des autres études menées au CHU de Fès (25,5%) et à Marrakech (26%) [116, 117]. Cela pourrait expliquer le taux élevé d'analphabétisme observé dans ces deux séries marocaines, avec 34% de non-scolarisés à Fès et seulement 15,5% avec un niveau universitaire, et 39% de non-scolarisés à Marrakech, avec 10% ayant un niveau universitaire. Dans notre étude, nous avons également observé des résultats similaires, avec 17% de non-scolarisés, 30% ayant atteint le niveau primaire et seulement 12% avec un niveau universitaire. Ces résultats sont comparables à ceux des pays en développement, tels que l'Asie du Sud avec 14,1% ayant un niveau universitaire, et l'Iran avec seulement 5% ayant un diplôme universitaire supérieur [100, 116]. En revanche, dans les études internationales menées dans des pays développés, le pourcentage de personnes ayant un niveau universitaire varie entre 39,8% et 70,8% [24, 83, 127, 128].

Dans notre étude, nous avons observé une prédominance de la Maladie de Crohn (MC), qui représentait 74% des cas, et ces résultats sont cohérents avec

d'autres études internationales qui montrent également une prévalence plus élevée de la Maladie de Crohn [24, 69, 72, 106, 108]. Cependant, nos résultats diffèrent aux études menées au Maroc où la Rectocolite hémorragique était plus fréquemment observée [136, 137].

La durée moyenne de la maladie dans les deux études marocaines était de 4 ans [136, 137], tandis que dans notre étude, elle était de 6 ans. Dans les études internationales, cette durée variait de 4 à 12 ans [83, 86, 100, 116, 127, 128].

Tableau 38: Tableau récapitulatif des données démographiques selon les différentes études

	L'Age moyen (Années)	Sexe (%)		Origine (%)		Niveau scolaire (%)		Type de la maladie (%)		La durée moyenne de la maladie (années)
		Masculin	Féminin	Urbaine	Rurale	Non scolarisé	Niveau universitaire	MC	RCH	
Meyiz et al. (N=106) (Fès / Maroc – 2013)	38	45,3	54,7	74,5	25,5	34	15,1	42,5	57,5	4,5
ElHidaoui et al. (N=100) (Marrakech /Maroc – 2018)	38,7	43	57	74	26	39	10	44	56	4,7
Subasinghe et al. (N=184) (Asie du Sud – 2010)	44,5	45,1	54,9	-	-	-	14,1	16,8	83,2	8,17
Rezailashkajani et al. (N=100) (Iran – 2006)	36	36	64	-	-	-	5	9	86	4
Danion et al. (N=364) (France – 2016)	38	44,5	55,5	-	-	-	39,8	70,1	29,1	8
Hyukyoon et al. (N=200) (Corée du Sud – 2015)	34	74,5	25,5	-	-	-	70,8	60	40	4
Park et al. (N=298) (Corée du sud – 2019)	39,8	69,5	30,5	-	-	-	-	35,2	64,8	4
Ostromohov et al. (N=180) (Israël – 2020)	37,6	54	46	-	-	-	50,9	75,5	24,5	12,9
Notre Étude (N=100) 2022	34,5	47	53	75	25	17	12	74	26	6

2- Connaissances générales

Dans notre série 49% des patients ne connaissaient pas le nom de leur maladie, un taux similaire à celui retrouvé dans les études menées par Meyiz et al au CHU de Fès (51,9%) et par Elhidaoui et al à Marrakech (32%). Ceci peut être expliqué par le taux élevé d'analphabétisme dans notre contexte. En effet, dans l'étude de Fès, 34% des patients étaient non scolarisés, tandis que ce chiffre était de 39% dans l'étude de Marrakech et de 17% dans notre étude. Il est donc important de mettre en place des ateliers d'éducation pour les patients, en tenant compte de leur niveau de compréhension, afin de leur permettre de mieux comprendre leur maladie.

Dans notre étude, seuls 19% des patients avaient une connaissance de l'hérédité en tant que facteur de risque pour les MICI. Ce taux est comparable à celui de l'étude italienne de Colombara et al. (17,2%), mais il est inférieur à celui des études nationales menées à CHU Fès (23%) et à Marrakech (29%) [136, 137]. D'autres études internationales ont également révélé des résultats plus élevés [28, 100, 116, 127], comme celle de Quan et al., qui a rapporté un taux de 66,6%, bien supérieur à celui observé dans notre étude [98]. Cette différence pourrait s'expliquer par le faible nombre de patients ayant des antécédents familiaux de MICI dans notre échantillon. Cependant, nous avons constaté que les patients ayant des antécédents familiaux de MICI ont obtenu des scores de connaissances générales plus élevés, y compris sur le volet de l'hérédité, et que cette différence était statistiquement significative. Ces résultats suggèrent que l'éducation des patients sur l'importance de l'hérédité en tant que facteur de risque pour les MICI pourrait être améliorée en prenant en compte les antécédents familiaux de la maladie. En effet, dans l'étude menée par Quan et

al., le taux de réponses correctes sur la question de l'hérédité a augmenté de 66,6% à 77,5% après des ateliers d'éducation sur la maladie[98].

En ce qui concerne les manifestations extra-digestives, seulement 28% de nos patients sont conscients de ces manifestations. Ce taux est nettement inférieur à celui d'autres études nationales et internationales où ce taux varie entre 36% et 78,3 [28, 98, 100, 116, 127, 136].

Dans l'étude menée par Huang et al., les manifestations ostéo-articulaires et oculaires étaient les mieux connues par les patients, ce qui est similaire à nos résultats. Toutefois, il existe des lacunes dans la connaissance des autres manifestations extra-intestinales, en particulier en ce qui concerne les manifestations systémiques potentiellement mortelles telles que la thromboembolie veineuse (TEV), qui peuvent être sous-estimées dans l'éducation des patients. Il est crucial de souligner que la sensibilisation des patients à la TEV peut avoir des conséquences significatives sur leur morbidité et mortalité. Par conséquent, il est impératif que les patients soient sensibilisés et qu'ils connaissent et reconnaissent les manifestations extra-digestives, en particulier celles nécessitant une prise en charge médicale urgente [46].

Il a été constaté que 37,2% de nos patients suivent un régime sans résidus pendant les périodes de poussées, ce qui représente un taux bien plus élevé que celui constaté dans l'étude menée à Marrakech [137], où seuls 5% des patients ont adopté cette pratique. Dans d'autres études menées en Corée du Sud, aux États-Unis et en Iran, le taux de réponses correctes en ce qui concerne l'adhésion à un régime alimentaire varie entre 39,8% et 69% [98, 100, 127].

Ces résultats pourraient être expliqués par le fait que plus de la moitié de nos patients (57%,) ont présenté au moins une poussée au cours de la dernière

année. Ainsi, il est possible que la fréquence des poussées et l'état de santé des patients influencent leur recours à un régime sans résidus pendant ces périodes.

Cependant, il est important de souligner que les régimes sans résidus ne sont pas recommandés pour une utilisation à long terme chez les patients atteints de MICI, car cela peut entraîner des carences en nutriments et une détérioration de la qualité de vie. Pour une gestion efficace de la maladie chez ces patients, une éducation nutritionnelle personnalisée et encadrée ainsi qu'une approche adaptée en matière de régime alimentaire sont nécessaires afin d'éviter tout risque de carence nutritionnelle ou d'altération de leur qualité de vie [138].

Dans notre étude 57% des patients interrogés ont déclaré que leur état psychologique avait une influence sur leur maladie, ce qui est cohérent avec les résultats d'autres études menées par Meyiz et al (67,9%) et Elhidaoui et al (42%). Autres études ont également révélé que le stress chronique, les événements indésirables de la vie et la dépression peuvent provoquer une rechute chez les patients atteints de MICI. Il est donc important de fournir des programmes d'éducation et de soutien psychologique aux patients atteints de MICI afin de les aider à gérer leur stress et leur anxiété, ce qui pourrait avoir un impact positif sur la gestion de leur maladie [72].

3- Traitement

La prise en charge thérapeutique des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin implique souvent plusieurs classes et sous-classes thérapeutiques, ce qui rend le traitement médicamenteux complexe. Cependant, les patients présentent souvent des connaissances limitées sur leur traitement et les effets secondaires associés aux médicaments qui leur sont prescrits, tandis que la perception des médecins est souvent surestimée [53]. Des études révèlent que

non seulement les patients ont une connaissance insuffisante des effets secondaires de leurs médicaments, mais ils ignorent également souvent l'identité des médicaments qu'ils consomment [53, 68, 95].

Dans notre étude, nous avons constaté que 44% des patients n'ont pas réussi à identifier les médicaments qu'ils prenaient et seulement 82,2% ont été informés de la durée limitée du traitement par les corticoïdes et seuls 15% des patients étaient conscients des effets secondaires liés aux immunosuppresseurs. Dans une étude similaire menée au CHU de Fès par Meyiz et al, 21,15% des patients n'ont pas pu nommer les médicaments qu'ils prenaient, mais 93,3% étaient au courant de la durée limitée du traitement par les corticoïdes. Seulement 48% des patients ont reçu des informations sur avant de commencer leur traitement, tandis que dans notre étude, ce pourcentage était de 59% [136].

Ce manque de connaissances est un facteur contribuant à la non-observance thérapeutique, ainsi qu'à l'utilisation de remèdes alternatifs. Cependant, il est crucial de fournir aux patients des informations précises sur les médicaments prescrits, ainsi qu'une formation continue sur les effets secondaires à long terme [53, 127]. Selon l'étude de Park et al, les connaissances spécifiques liées à la maladie ont une influence positive sur l'adhésion au traitement et la satisfaction des patients à l'égard de leur traitement chez les personnes atteintes de maladies chroniques, y compris les MICI [18, 73, 86, 115, 124]. Des études antérieures ont également montré une corrélation significative entre l'observance des médicaments et la connaissance de la maladie chez les patients atteints de MICI [18, 115]. En outre, les résultats de l'étude menée par Van der Have et al ont montré que la non-adhésion aux agents anti-TNF- α est significativement associée aux perceptions de la maladie chez les patients atteints de MICI [43, 86].

4- Complications

Le domaine de la fertilité, de la sexualité et de la grossesse fait partie des complications des MICI. Sexualité s'agit d'un élément essentiel du fonctionnement psychosocial qui a un impact majeur sur la qualité de vie globale. Ainsi, la santé sexuelle est une question vitale dans les MICI, car celles-ci frappent généralement des adolescents ou des jeunes qui sont au stade du développement personnel et de la reproduction [88]. L'évaluation de la fonction sexuelle est une approche très utile de la santé sexuelle.

Dans notre étude, nous avons interrogé les patients sur leurs inquiétudes concernant les altérations de la sexualité causées par la maladie, et 20% d'entre eux ont répondu positivement, 18% des patients étaient préoccupés par leur fertilité et 39,6% par la grossesse. Cependant, l'étude menée à Fès par Meyiz et al a révélé des taux plus élevés de préoccupation, avec des pourcentages respectifs de 25,4%, 30,2%, 34,4% [152].

Dans les pays en développement, la prise de conscience de la difficulté de la conception chez les femmes atteintes de MICI était insuffisante, avec seulement 1,6 % en Asie du Sud et 8 % en Iran [100, 116].

En 2012, Selinger et al. ont mené une étude visant à évaluer les connaissances des patientes atteintes de MICI en matière de fertilité et de grossesse en utilisant le questionnaire CCPKNOW [108]. Les résultats ont révélé une importante lacune de connaissances dans ces domaines, avec 44,8% des patients obtenant un mauvais score et seulement 27,6% un score adéquat. Dans une étude française récente les résultats étaient également décevantes, avec 57% des patients ayant des connaissances médiocres et seulement 22% ayant des connaissances adéquates [24]. Ces constatations sont cruciales car le manque d'informations peut entraîner une infécondité volontaire [109].

L'éducation des patients est essentielle dans le domaine de la fertilité de la sexualité et de la grossesse en raison des implications sociales et conjugales évidentes [20]. Une étude a examiné l'efficacité de l'éducation des patients pour améliorer leurs connaissances en matière de reproduction liées aux MICI et a révélé qu'une seule séance de groupe augmentait la compréhension et les connaissances des patients concernant l'impact de la maladie sur la fertilité et la grossesse [45, 72]. Il est donc de notre responsabilité de fournir cette éducation aux patients, étant donné que les patients comptent sur les cliniciens pour obtenir des informations précises et fiables [45, 62].

Le risque de cancer colo-rectal (CCR) est la principale préoccupation des patients atteints de MICI, notamment chez ceux souffrant de la RCH. Selon l'étude Eaden et al, les patients qui comprennent bien leur maladie et son risque de cancer sont plus susceptibles de gérer leur maladie de manière adéquate en se soumettant à des coloscopies de surveillance régulières et en prenant leurs médicaments. Cela peut entraîner une détection plus précoce du cancer colorectal, ce qui peut réduire le risque de mortalité associé à cette complication [28, 98].

Dans cette optique, nous avons demandé à nos patients s'ils étaient conscients du risque de dégénérescence de leur maladie, 43% ont répondu positivement, un taux supérieur à celui rapporté dans les études menées dans les pays en développement [100, 116] et proche de celui trouvé dans l'étude de Marrakech menée par Elhidaoui et al. (44%). Cependant, ce résultat est inférieur à celui rapporté par une étude française réalisée par Benjamin et al. sur les connaissances et les craintes des patients atteints de MICI concernant leur risque de cancer colorectal. Dans cette étude, les deux tiers des patients atteints de

MICI étaient conscients de leur risque de cancer colorectal et un quart des patients ont connu le rôle potentiel des dérivés salicylés dans la prévention du CCR, comme observé dans notre étude [91].

Le manque de connaissances concernant les complications des MICI peut entraîner des conséquences graves, comme la sous-estimation de l'importance du dépistage du cancer colorectal.

Selon une enquête menée par Scholmerich et al., les patients atteints de MICI ont souvent peur de développer un cancer. Il est donc crucial de mettre en place des programmes éducatifs pour sensibiliser davantage aux complications, aux moyens de dépistage et de prévention [98]. Dans l'étude de Quan et al seulement 17,8% des patients avaient conscience de la nécessité d'un dépistage régulier du cancer chez les patients atteints de RCH avant l'atelier éducatif, cependant, ce chiffre est passé à 27,1% après l'éducation [98].

5- Sources d'information

Dans notre étude, il a été révélé que la majorité des patients (77 %) ont admis avoir des connaissances moyennes ou faibles concernant leur maladie, tandis qu'un faible pourcentage (23 %) se sentait bien informé. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'une étude menée en France par Danion et al., où initialement 46,4 % des patients atteints de MICI estimaient que leur niveau de connaissances était suffisant. Cependant, à la fin du questionnaire, ce chiffre a chuté de manière significative, avec seulement 22,3 % des patients considérant leur niveau de connaissances comme suffisant [24].

Plusieurs études ont montré que le médecin traitant est généralement considéré comme la principale source d'information pour les patients atteints de MICI [8, 24, 128, 136, 137]. Dans notre étude, 47 % des patients ont confirmé que leur médecin traitant était leur source d'information. Cependant, 17 % des patients ont déclaré que les informations fournies étaient insuffisantes ou mal comprises, malgré que la relation médecin-malade ait été jugée excellente ou bonne dans 89 % des cas. Selon l'étude de Bernstein et al., 24 % des patients atteints de MICI n'étaient pas satisfaits des informations qu'ils avaient reçues après leur diagnostic, et dans l'étude de Fes, 72,2% des données étaient jugées insuffisantes ou non comprises [8, 136]. Par conséquent, de nombreux patients cherchent d'autres sources d'informations, principalement Internet, qui est la deuxième source d'information la plus importante après le médecin. Ce résultat est en accord avec des études antérieures [8, 13, 24, 45, 128, 136].

Notre étude a révélé que les patients qui utilisent Internet comme source d'information ont obtenu une médiane de réponses correctes significativement plus élevée que ceux qui se fiaient uniquement à leur médecin traitant. Cependant, ces résultats contrastent avec d'autres études qui ont montré que les informations acquises sur Internet n'étaient pas liées à un score élevé de connaissances [128]. Nous expliquons cette différence par le fait que, dans notre contexte, les patients ont un temps de consultation clinique très court, ce qui limite la quantité d'informations et de connaissances que les cliniciens peuvent fournir.

Il est essentiel de prendre en compte que les informations trouvées sur Internet peuvent souvent être inexactes ou trop complexes pour une grande partie des patients, en particulier pour ceux qui n'ont pas de diplômes

universitaires [7, 70, 83, 128]. Par conséquent, nous recommandons de mettre l'accent sur les cours de formation en ligne en collaboration avec des organisations de patients pour améliorer les connaissances sur les MICI [128].

D'après notre étude, 91,4% des patients qui cherchent des informations en ligne sur leur maladie utilisent des sites généraux, et 8,57% ont recours aux réseaux sociaux, Une étude réalisé par Ling Guo et al [39] sur la prévalence et la qualité des informations reçues par les réseaux sociaux chez les patients MICI a constaté que l'utilisation des réseaux sociaux est en croissance dans les maladies chroniques et en particulier les MICI. Au cours de la dernière décennie, les patients ont de plus en plus souhaité recevoir du matériel éducatif concernant leur maladie par le biais des réseaux sociaux et malheureusement, la qualité des informations médicales publiées en ligne varie considérablement, par exemple, l'étude de Mukewar et al., a examiné les 100 vidéos les plus regardées sur YouTube liées aux MICI et a constaté que l'éducation globale des patients était insuffisante. Les vidéos étaient souvent anecdotiques et discutaient d'options de traitement alternatives, plutôt que de fournir des informations éducatives adéquates [39, 79]. De plus l'étude de Promislow et al., a révélé que de nombreux sites Web ne fournissent pas d'informations adéquates sur le pronostic, les effets secondaires possibles du traitement et les risques de développer un cancer [94].

Ces études soulignent l'importance pour les professionnels de santé d'avoir une plus grande présence sur les réseaux sociaux pour améliorer la qualité de l'information médicale disponible en ligne [39].

6- L'impact de l'âge, l'ancienneté et l'activité de la maladie sur les connaissances des patients

D'après une étude récente menée par Ostromohov et ses collègues [83], les patients atteints de MICI diagnostiqués à un jeune âge ont obtenu les scores de connaissances les plus élevés. Cette observation est en cohérence avec les résultats de recherches antérieures [24, 45, 127, 128], tout comme avec les résultats de notre étude, qui ont montré que les patients plus jeunes avaient de meilleures réponses. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les groupes d'âge plus jeunes ont des besoins d'informations plus élevés en raison de leur engagement dans des activités sociales actives, ce qui les pousse à chercher davantage d'informations pour mieux gérer leur maladie de manière positive [127].

L'étude d'Ostromohov a également montré que la durée et l'activité de la maladie n'étaient pas associées à la compréhension de la maladie, ce qui est similaire à notre étude où nous avons constaté qu'il n'y avait pas de corrélation significative entre les réponses correctes et ni l'ancienneté de la maladie, ni le nombre de poussées survenues au cours de la dernière année. Ces résultats contredisent les rapports précédents selon lesquels plus la durée de la maladie est courte, plus le niveau de connaissance est faible [24, 116, 127], peut-être en raison du niveau d'éducation des patients, de leur capacité à comprendre et assimiler l'information, et d'un accès limité aux plateformes médiatiques modernes [83].

7- L'impact du sexe sur les connaissances des patients

Nos résultats n'ont pas montré de différence significative en termes de connaissances entre les patients masculins et féminins. En revanche, une étude menée en Corée par Yang-sook et al a révélé que les femmes avaient des besoins de connaissances plus élevés en raison de leur intérêt accru pour les informations liées à la maladie pendant leur âge de procréation. Ceci est en lien avec l'influence cruciale de la maladie sur la grossesse et l'accouchement [69, 127].

8- L'impact du niveau scolaire sur les connaissances des patients

Dans notre étude, nous avons observé une corrélation positive entre le niveau scolaire et le nombre de réponses correctes, les patients ayant un niveau universitaire obtenant des résultats significativement plus élevés. Ces résultats concordent avec ceux d'autres études qui ont également montré que les personnes ayant un diplôme universitaire ont des scores de connaissances plus élevés [27, 85, 116]. De plus, une étude menée en Corée a révélé que les diplômés universitaires ont également des exigences de connaissances plus élevées que les diplômés du secondaire [127]. Cette tendance s'explique par leur forte motivation à gérer activement leur maladie et à participer activement aux décisions de traitement en raison de leur niveau d'éducation plus élevé [4, 127]. Par conséquent, lors de la conception d'approches éducatives en matière de santé, il est important de prendre en compte les caractéristiques et les besoins individuels des patients [127].

9- L'impact du type de la maladie sur les connaissances des patients

Les résultats de notre étude démontrent que les patients atteints de la maladie de Crohn (MC) ont des connaissances significativement supérieures à celles des patients atteints de la Rectocolite Hémorragique, Cette variation est observée dans tous les domaines, avec une différence significative dans le volet des complications. Ces résultats concordent avec les études précédentes [100, 116, 127], notamment celle menée par Yang-sook et al., qui a également montré que les patients atteints de MC avaient des connaissances plus élevées des complications que les patients atteints de RCH.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la Maladie de Crohn peut provoquer une inflammation dans tout le tube digestif, impliquant toute l'épaisseur de la paroi intestinale, ce qui entraîne des symptômes et des complications plus graves telles que des fistules, des abcès ouverts. Les patients atteints de MC sont donc plus susceptibles de subir des interventions chirurgicales pour ces complications [67, 127], ce qui pourrait expliquer leur plus grande motivation à en savoir plus sur leur maladie et à accéder à des programmes d'éducation adaptés [127].

10- L'impact de l'éducation thérapeutique sur l'état des connaissances

Les résultats de notre étude mettent en évidence l'importance de l'éducation thérapeutique pour les patients atteints de MICI. En effet, nous avons observé que les patients ayant reçu des informations préalables à leur traitement présentaient une médiane de réponses correctes significativement plus élevée dans le volet de traitement que ceux qui n'en ont pas reçu.

Cette constatation est en accord avec plusieurs études, l'étude de Haaland et al., a démontré que l'éducation des patients atteints de MICI améliore l'adhésion aux médicaments [40, 128]. De plus, l'étude menée par Kennedy et al. a développé un guide centré sur les patients atteints de RCH et a signalé des niveaux de connaissances significativement plus élevés dans le groupe ayant bénéficié de l'éducation par rapport à celui du groupe témoin [52, 86]. Le groupe de Waters et al. a créé un programme éducatif de quatre semaines pour les patients atteints de MICI, comprenant des séances de 3 heures. Ils ont constaté des niveaux de connaissances et de satisfaction des patients plus élevés dans le groupe d'éducation que dans le groupe témoin [86, 122]. De même, Quan et al. ont organisé des ateliers de 3 heures pour les patients atteints MICI et ont montré que les connaissances des participants s'amélioraient et étaient conservées pendant au moins 3 mois [86, 98]. Les résultats de l'étude d'Eaden et al. ont suggéré que les membres d'associations de patients, comme l'Association nationale de la maladie de Crohn et de la RCH (NACC), obtenaient des scores significativement plus élevés que les non-membres et présentaient une plus grande adhésion au traitement des MICI [28, 128].

➤ **Séances d'éducation thérapeutique dans notre service d'hépatogastro-entérologie :**

Suite aux résultats de notre étude, il est apparu que le personnel médical et paramédical joue un rôle essentiel dans l'identification des besoins en information claire et précise des patients atteints de MICI. Afin de répondre à cette problématique, Il a été décidé d'organiser des séances d'éducation adaptées au niveau des patients, en utilisant des supports éducatifs dans leur langue maternelle, au sein de notre service d'hépatogastro-entérologie.

Quatre séances collectives ont été organisées, selon un planning défini par l'équipe pédagogique du Programme d'Éducation Thérapeutique (PET). Chaque séance a regroupé 20 patients et a duré 45 minutes, avec 15 minutes réservées à la discussion pour chaque thème abordé. Ces séances ont eu lieu dans la salle de staff de notre service, et ont été animées par l'équipe du PET, en langue arabe dialectale. Elles ont été conçues de manière interactive, favorisant les échanges entre les intervenants et les patients, qui ont eu l'occasion de poser des questions, de partager leurs lacunes, leurs problèmes et leurs inquiétudes.

Le premier thème abordé, intitulé "**Connaitre ma maladie**", a été animé par notre équipe de gastro-entérologie. Nous avons utilisé une présentation PowerPoint en arabe pour faciliter la compréhension des patients. Cette présentation comprenait des illustrations, des schémas et des explications claires sur la nature de la maladie, les différentes options de traitement disponibles, les complications de la maladie ainsi que les mesures à prendre en cas de symptômes alarmants.

Le deuxième thème, intitulé "**Nutrition et MICI**", a été animé par la diététicienne. Il a abordé le régime alimentaire adapté pendant les poussées de la maladie ainsi que celui recommandé pendant la rémission. Des recommandations nutritionnelles ont été fournies pour aider nos patients à maintenir une alimentation équilibrée et éviter les carences.

Le troisième thème, intitulé "**MICI et Procréation**", a été présenté par l'équipe de service de gynécologie. L'objectif de cette séance était d'éclairer les préoccupations des patients concernant les effets de la maladie sur la fertilité, la sexualité, le déroulement de la grossesse et les modalités d'accouchement. L'équipe a souligné l'importance de la planification des grossesses et a mis en

évidence la nécessité d'un suivi médical et d'une prise en charge adéquate des patientes pendant la grossesse, en concertation avec les gastro-entérologues.

Le dernier thème, intitulé "**MICI de point de vue psychiatrique**", a été présenté par l'équipe de psychiatrie. Cette séance a abordé le volet émotionnel et psychoaffectif de la MICI. L'équipe a dispensé des conseils sur la gestion du stress, de l'anxiété et sur le soutien psychologique, afin de les aider à mieux gérer leur maladie.

En plus des séances collectives, des séances individuelles ont été organisées pour répondre aux besoins spécifiques des patients. Ces séances ont été animées par un médecin gastro-entérologue et une infirmière.

- L'atelier d'auto-injection a regroupé les patients inclus dans le programme et sous biothérapie injectable en sous-cutanée. L'objectif était d'apprendre aux patients à s'auto-administrer leur médicament et développer des compétences d'auto-soins.
- L'atelier de changement de la poche de stomie était spécialement conçu pour les patients stomisés. Son objectif principal était d'enseigner aux participants comment vider et/ou changer leur poche de stomie.

Cette approche multidisciplinaire a permis de fournir un soutien global aux patients, en tenant compte de leurs besoins spécifiques et en favorisant leur autonomie dans la prise en charge de leur maladie.

Nous prévoyons de réévaluer l'état de connaissance à court et à long terme des patients après ces séances d'éducation thérapeutique pour évaluer l'impact sur leurs connaissances et leur qualité de vie.

11- Limites de l'étude

Notre étude présente les limites suivantes :

Tout d'abord, la durée limitée de l'étude, qui s'est étendue sur 5 mois, peut restreindre notre capacité à évaluer de manière exhaustive l'état de connaissance des patients.

De plus, le nombre limité de patients inclus dans notre échantillon, avec seulement 100 participants, peut restreindre la représentativité de nos résultats pour l'ensemble de la population de patients atteints de MICI dans la région.

En outre, il convient de souligner que notre service de gastroentérologie fait partie d'un hôpital universitaire, mais il est implanté dans un hôpital régional. Cette situation présente des contraintes qui affectent la disponibilité des ressources spécialisées et la qualité des soins offerts aux patients.

En raison de cette situation, nous sommes confrontés à des difficultés pour mettre en place un circuit de soins adapté, notamment en ce qui concerne les consultations systématiques avec d'autres spécialistes tels que les gynécologues, les psychiatres, les ophtalmologues, les dermatologues, les rhumatologues et les nutritionnistes. Cette absence de consultations spécialisées limite la compréhension globale de la maladie chez nos patients et restreint leur accès à une prise en charge médicale complète.

De plus, il est important de noter que les contraintes financières et l'absence d'une couverture sociale adéquate sont des défis majeurs pour nos patients. Ces limitations entravent leur accès à des traitements efficaces tels que la biothérapie. Par conséquent, il est important de considérer ces contraintes lors de l'évaluation de la connaissance des patients vis-à-vis de leur maladie, car elles peuvent influencer leur accès aux soins et leur compréhension de la gestion de leur maladie.

12- Perspectives

Pour améliorer l'état des connaissances de nos patients, plusieurs perspectives peuvent être envisagées. Tout d'abord il est essentiel de mettre en place des initiatives de sensibilisation et de communication à travers les médias locaux et nationaux. Ces campagnes permettront d'informer le grand public sur les MICI, leurs symptômes et les moyens de prise en charge, favorisant ainsi une meilleure compréhension et une détection précoce de la maladie.

En complément, la création d'une association des patients atteints de MICI dans la région du Nord marocain serait un premier pas essentiel pour favoriser l'échange, le soutien et la sensibilisation des patients. Cette association jouerait un rôle clé en organisant des réunions et des activités axées sur la gestion de la maladie, permettant ainsi aux patients de partager leurs expériences et de mieux comprendre leur condition.

De plus, il est crucial de développer des centres spécialisés dans la gestion des patients compliqués. Ces centres doivent disposer de ressources médicales avancées et d'un personnel qualifié pour assurer une prise en charge optimale des MICI. Cela renforcera la compréhension des patients quant à leur maladie et favorisera une amélioration de leur qualité de vie.

Enfin, l'instauration d'une éducation thérapeutique dans le parcours des patients atteints de MICI complète les autres mesures mentionnées. En intégrant cette approche de manière régulière et cohérente, les patients bénéficieront d'informations et de conseils essentiels pour mieux comprendre leur maladie, les traitements disponibles et les mesures d'autogestion. Cela leur permettra de prendre des décisions éclairées, à améliorer leur observance du traitement et de s'impliquer activement dans leur propre prise en charge.



CONCLUSION



X- CONCLUSION

Notre étude a montré un déficit de connaissances chez nos patients concernant leur maladie, ce qui souligne la nécessité de revoir nos méthodes d'information des patients pour améliorer leur santé et leur bien-être. L'acquisition de connaissances plus approfondies concernant les maladies inflammatoires de l'intestin pourrait aider à réduire l'accélération médicale chez les patients atteints de cette pathologie. Dans cette optique, la mise en place de programmes d'éducation structurés, adaptés aux besoins et au niveau scolaire des patients, pourrait aider à améliorer leur compréhension de leur maladie, favoriser leur adhésion au traitement et réduire les complications médicales. Il est important de souligner que le manque de connaissances observé chez nos patients pourrait être lié à leur niveau scolaire et socio-économique défavorisé. Par conséquent, une sensibilisation accrue des patients à leur maladie à travers des programmes bien adaptés pourrait contribuer à améliorer leur qualité de vie et à prévenir les complications potentielles à long terme.



RESUMES



XI- RESUMES

Résumé

Titre : État de connaissance des patients suivis pour maladies inflammatoires chroniques de l'intestin vis-à-vis de leur maladie dans la région du nord marocain

Auteur : AL MAIMOUNI NOUHA

Directeur de thèse: Pr ERRABIH IKRAM

Mots clés : Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, connaissances des patients, éducation thérapeutique.

L'état de connaissance des patients vis -à- vis de leur maladie joue un rôle essentiel dans la prise en charge thérapeutique, en facilitant l'acceptation du diagnostic par les patients, leur participation active au traitement et une meilleure observance thérapeutique. De plus, des études ont démontré que la qualité de vie des patients atteints de Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) est étroitement liée à leur niveau de connaissance de la maladie.

Peu d'études ont été menées au Maroc pour évaluer le niveau de connaissances des patients atteints de MICI. Dans cette optique, nous avons réalisé une étude prospective sur une durée de 5 mois au sein du service d'hépatogastroentérologie du centre hospitalier universitaire Mohammed VI à Tanger. Notre étude a porté sur une série de 100 patients atteints de MICI confirmée, Un questionnaire a été élaboré et proposé aux patients.

Les principaux résultats de notre étude révèlent un manque considérable de connaissances chez nos patients concernant leur maladie, portant sur tous les domaines de la maladie et plus spécifiquement dans le volet de traitement et des complications. Ce manque de connaissances peut être attribué en partie au taux élevé d'analphabétisme dans notre contexte.

Ces résultats soulignent l'importance d'une sensibilisation accrue des patients à leur maladie, en mettant en place des ateliers éducatifs adaptés à leur niveau de compréhension.

Ces ateliers visent à améliorer les connaissances des patients, à favoriser leur adhésion au traitement et, ultimement, à améliorer leur qualité de vie.

Abstract

Title: Knowledge status of patients with Inflammatory Bowel Disease regarding their disease in the northern region of Morocco

Author: AL MAIMOUNI NOUHA

Supervisor: Pr ERRABIH IKRAM

Keywords: Inflammatory Bowel Diseases, patient knowledge, therapeutic education.

Patients' level of knowledge about their disease plays a crucial role in therapeutic management, facilitating acceptance of their diagnosis with active participation in treatment and improved compliance. Furthermore, studies have shown that quality of life of patients with inflammatory bowel disease (IBD) is closely linked to their level of disease knowledge.

Few studies have been carried out in Morocco to assess the level of knowledge of IBD patients. In this regard, we conducted a prospective study over a period of 5 months at the hepatogastroenterology department of the Mohammed VI University Hospital in Tangier.

Our study involved a series of 100 patients with confirmed IBD, for whom a questionnaire was developed and administered.

The main results of our study reveal a considerable lack of knowledge among our patients concerning their disease, covering all areas of the disease and more specifically in the treatment and complications aspect. This lack of knowledge can be attributed in part to the high rate of illiteracy in our context.

These findings underline the importance of raising patients' awareness of their disease, by setting up educational workshops tailored to their level of understanding.

These workshops aim to improve patients' knowledge, encourage adherence to treatment and ultimately enhance their quality of life.

ملخص

العنوان: مستوى المعرفة لدى المرضى المتابعين لأمراض الأمعاء الالتهابية المزمنة لمرضهم في منطقة شمال المغرب

المؤلف: الميموني نهى

مدير الأطروحة: الأستاذة إكرام الراجح

الكلمات الأساسية: امراض التهاب الأمعاء المزمنة، معرفة المريض، التنقيف العلاجي

تلعب حالة معرفة المرضى لمرضهم دورًا أساسيًا في الرعاية العلاجية، من خلال تسهيل قبول التشخيص من قبل المرضى ومشاركتهم الفعالة في العلاج وتحسين الامتثال العلاجي. بالإضافة إلى ذلك، أظهرت الدراسات أن جودة حياة المرضى الذين يعانون من الأمراض الالتهابية المزمنة للأمعاء مرتبطة بشكل وثيق بمستوى معرفتهم بالمرض.

تم إجراء القليل من الدراسات في المغرب لتقييم مستوى معرفة المرضى المصابين بالأمراض الالتهابية المزمنة للأمعاء، وفي هذا السياق أجرينا دراسة استطلاعية على مدى 5 أشهر في قسم أمراض الكبد والجهاز الهضمي بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بطنجة. تركزت دراستنا على سلسلة من 100 مريض مصاب بمرض التهاب الأمعاء المزمن، حيث تم تطوير استبيان وتقديمه للمرضى. تكشف النتائج الرئيسية لدراستنا عن نقص كبير في معرفة المرضى لمرضهم، ويشمل ذلك جميع مجالات المرض وبشكل أكثر تحديدًا في قسم العلاج والمضاعفات. يمكن أن يُعزى هذا النقص في المعرفة جزئيًا إلى ارتفاع معدل الأمية في سياقنا.

تؤكد هذه النتائج على أهمية زيادة وعي المرضى بمرضهم، من خلال إقامة ورشات تثقيفية تتكيف مع مستوى فهمهم، تهدف هذه الورشات إلى تحسين معرفة المرضى وتشجيعهم على الالتزام بالعلاج وتحسين جودة حياتهم.



ANNEXES



XII-ANNEXES

ANNEXE 1 :

QUESTIONNAIRE ETAT DES CONNAISSANCES DES PATIENTS MICI VIS-A-VIS DE LEUR MALADIE dans la région du nord marocain Service d'hépatogastroentérologie et de proctologie CHU Mohammed VI-Tanger

- Fiche numéro
- La date :

➤ **Profil épidémiologique :**

Age (années) :

Sexe : F H

Origine : urbain rural

Statut matrimonial : : célibataire marié divorcé veuf

Couverture sociale : RAMED Mutuelle Sans couverture

Niveau scolaire. : Non scolarisé Primaire Secondaire Universitaire

- **Antécédents (ATCD)**

ATCD autre : oui non

Si oui ?..... ..

ATCD de MICI dans la famille oui non

- **La maladie :**

RCH Crohn Indéterminée

La date du début des symptômes :

La date du diagnostic :

Localisation de la Maladie (selon la classification de Montréal) :

⇒ RCH : E1 : Rectite

E2 : Colite gauche

E3 : Pancolite

⇒ Crohn : Iléale

Colique

Iléo colique

Iléale + MAP

Colique + MAP

Iléo colique + MAP

Traitement actuel :

- Corticoïdes

- 5-AZA oui non

- Azathioprine oui non
- 6-mercaptopurine oui non
- Méthotrexate oui non
- Infliximab oui non
- Adalimumab oui non
- Ustékinumab oui non
- Golimumab oui non

- **Nombre de poussées** durant la dernière année :

➤ **État de connaissance :**

- **Q1.** Comment s'appelle votre maladie :
 - RCH
 - Recto-colite hémorragique
 - Crohn
 - Maladie de Crohn
 - Je ne sais pas

- **Q2.** Votre maladie est-elle aigue ou chronique ?
 - Aigue Chronique

- **Q3.** Votre maladie nécessite un suivi régulier toute la vie ? Oui Non

- **Q4.** Est-ce que votre maladie est d'origine inflammatoire ? Vrai Faux

- **Q5.** Est-ce-que l'hérédité est un facteur de risque de la maladie ? Vrai Faux

- **Q6.** Votre maladie a-t-elle un lien avec l'état psychologique ? Oui Non

- **Q7.** A votre avis pouvez-vous contrôler votre maladie uniquement par le contrôle de l'état psychologique ? Oui Non

- **Q8.** Votre maladie affecte-t-elle uniquement le tube digestif ? Oui Non

- **Q9.** Sinon, quel(s) autre(s) système(s) peut (peuvent) être atteint(s) ?
 - Peau et muqueuse
 - Os et articulations
 - Yeux
 - Autres

- **Q10.** Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?
 - Oui Non

- **Q11.** Si oui, précisez le type de régime suivi :
- **Q12.** Suivez-vous un régime sans résidus pendant les périodes de poussée ?
 Oui Non
- **Q13.** Comment s'appelle (ou s'appellent) les médicaments que vous prenez actuellement (ou que vous avez déjà pris) ?
 Réponse claire Je ne sais pas
- **Q14.** Avez-vous reçu des informations avant de démarrer ces médicaments ?
 Oui Non
- **Q15.** Si la prise des corticoïdes, vous allez les prendre :
 Indéfiniment Pour une durée limitée
- **Q16.** Si la prise des 5-ASA, vous allez les prendre :
 Indéfiniment Pour une durée limitée
- **Q17.** Pour l'Azathioprine et la 6-MP, connaissez-vous le rythme de surveillance biologique ?
 Oui Non
- **Q18.** Est-ce que les immunosuppresseurs ont des effets indésirables à court et à long terme ?
 Oui Non
Si oui lesquels ?
- **Q19.** Connaissez-vous le traitement contre indiqué en cas de projet de grossesse ?
 Oui Non
Si oui lequel ?
- **Q20.** La biothérapie est-elle utilisée comme traitement de première intention
 Oui Non
- **Q21.** Votre maladie pourrait-elle affecter la fertilité ?
 Oui Non
- **Q22.** Votre maladie pourrait-elle altérer votre sexualité ?
 Oui Non

- **Q23.** Si Femme, est-ce que votre maladie risque de compliquer une éventuelle grossesse ?
 Oui Non
- **Q24.** Est-ce que votre maladie pourrait se compliquer ?
 Oui Non
- **Q25.** Est-ce que votre maladie pourrait se dégénérer ?
 Oui Non
- **Q26.** Peut-on prévenir cette complication ?
 Oui Non

➤ **Sources d'informations et Relation médecin-malade**

- **Q27.** Quelle (ou quelles) est (sont) la (les) source (s) des informations que vous connaissez sur votre maladie ?

<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> l'entourage
<input type="checkbox"/> Média (Télévisions et Radio)	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Malades	
- **Q28.** Si médecin traitant : Comment vous jugez les informations fournies ?
 - Satisfaisantes
 - Moyennement satisfaisantes
 - Non comprises
- **Q29.** Si média, Comment vous jugez les informations recueillies ?
 - Satisfaisantes
 - Moyennement satisfaisantes
 - Non comprises
- **Q30.** Si entourage, Comment vous jugez les informations fournies ?
 - Satisfaisantes
 - Moyennement satisfaisantes
 - Non comprises
- **Q31.** Si Malades, Comment vous jugez les informations fournies ?
 - Satisfaisantes
 - Moyennement satisfaisantes
 - Non comprises

- **Q32.** Si Internet, Comment vous jugez les informations recueillies ?

- Satisfaisantes
- Moyennement satisfaisantes
- Non comprises

- **Q33.** Si Internet, quelles sont les sources de vos informations ?

- Sites généraux
- Sites spécialisés :
- Forums :
- Les réseaux sociaux (Facebook, Instagram...)

- **Q34.** Comment jugez-vous vos connaissances sur votre maladie ?

- Excellente Bonne Moyenne Mauvaise

- **Q35.** Comment jugez-vous votre relation avec votre médecin traitant ?

- Bonne Mauvaise



***REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES***



XIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] **Amiot A, Viennot S, Uzzan M, Riviere P, Cosquer GL, Yzet C, et al.** *Practice guidelines for the diagnosis and management of ulcerative colitis.* 2022;29.
- [2] **Annese V, Daperno M, Rutter MD, Amiot A, Bossuyt P, East J, et al.** *European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease.* J Crohns Colitis. 2013;7(12):982-1018.
- [3] **Annese V, Daperno M, Rutter MD, Amiot A, Bossuyt P, East J, et al.** *European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease.* J Crohns Colitis. 2013;7(12):982-1018.
- [4] **Arora NK, McHorney CA.** *Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate?* Med Care. 2000;38(3):335-341.
- [5] **Baumgart DC.** *The Diagnosis and Treatment of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis.* Dtsch Arztebl Int. 2009;106(8):123-133.
- [6] **Beaugerie L, Brousse N, Bouvier AM, Colombel JF, Lémann M, Cosnes J, et al.** *Lymphoproliferative disorders in patients receiving thiopurines for inflammatory bowel disease: a prospective observational cohort study.* Lancet. 2009;374(9701):1617-1625.
- [7] **Bernard A, Langille M, Hughes S, Rose C, Leddin D, Veldhuyzen van Zanten S.** *A systematic review of patient inflammatory bowel disease information resources on the World Wide Web.* Am J Gastroenterol. 2007;102(9):2070-2077.

- [8] **Bernstein KI, Promislow S, Carr R, Rawsthorne P, Walker JR, Bernstein CN.** *Information needs and preferences of recently diagnosed patients with inflammatory bowel disease.* *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17(2):590-598.
- [9] **Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié JP.** *Rapport 21-09. La relation médecin-malade.* *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.* 2021;205(8):857-866.
- [10] **Bossuyt P, Vermeire S.** *Treat to Target in Inflammatory Bowel Disease.* *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2016;14(1):61-72.
- [11] **Bouguen G, Levesque BG, Feagan BG, Kavanaugh A, Peyrin-Biroulet L, Colombel J-F, et al.** *Treat to target: a proposed new paradigm for the management of Crohn's disease.* *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2015;13(6):1042-1050.e2.
- [12] **Bouguen G, Siproudhis L, Gizard E, Wallenhorst T, Billioud V, Bretagne J-F, et al.** *Long-term outcome of perianal fistulizing Crohn's disease treated with infliximab.* *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2013;11(8):975-981.e1-4.
- [13] **Burisch J, Vegh Z, Pedersen N, Cuković-Čavka S, Turk N, Kaimakliotis I, et al.** *Health care and patients' education in a European inflammatory bowel disease inception cohort: an ECCO-EpiCom study.* *J Crohns Colitis.* 2014;8(8):811-818.
- [14] **Burns EM, Bottle A, Aylin P, Clark SK, Tekkis PP, Darzi A, et al.** *Volume analysis of outcome following restorative proctocolectomy.* *Br J Surg.* 2011;98(3):408-417.

- [15] **Canavan C, Abrams KR, Mayberry JF.** *Meta-analysis: mortality in Crohn's disease.* Aliment Pharmacol Ther. 2007;25(8):861-870.
- [16] **Carbery I, Ghorayeb J, Madill A, Selinger CP.** *Pregnancy and inflammatory bowel disease: Do we provide enough patient education? A British study of 1324 women.* World J Gastroenterol. 2016;22(36):8219-8225.
- [17] **Carter M, Lobo A, Travis S.** *Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults.* Gut. 2004;53(Suppl 5):v1-v16.
- [18] **Cervený P, Bortlík M, Kubena A, Vlcek J, Lakatos PL, Lukás M.** *Nonadherence in inflammatory bowel disease: results of factor analysis.* Inflamm Bowel Dis. 2007;13(10):1244-1249.
- [19] **Chew D, Zhiqin W, Ibrahim N, Ali RAR.** *Optimizing the multidimensional aspects of the patient-physician relationship in the management of inflammatory bowel disease.* Intest Res. 2018;16(4):509-521.
- [20] **Colombara F, Martinato M, Girardin G, Gregori D.** *Higher Levels of Knowledge Reduce Health Care Costs in Patients with Inflammatory Bowel Disease.* Inflammatory Bowel Diseases. 2015;21(3):615-622.
- [21] **Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A.** *Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases.* Gastroenterology. 2011;140(6):1785-1794.
- [22] **Costanzo C, Vergheze A.** *The Physical Examination as Ritual: Social Sciences and Embodiment in the Context of the Physical Examination.* Med Clin North Am. 2018;102(3):425-431.

- [23] **Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GD.** *Landmark article Oct 15, 1932. Regional ileitis. A pathological and clinical entity. By Burril B. Crohn, Leon Ginzburg, and Gordon D. Oppenheimer.* JAMA. 1984;251(1):73-79.
- [24] **Danion P, Buisson A, Roblin X, Mathieu N, Charlois A-L, Borgerding JN, et al.** *IBD-INFO Questionnaire: A Multicenter French Up-to-Date Survey of Patient Knowledge in Inflammatory Bowel Disease.* Inflammatory Bowel Diseases. 2018;24(5):943-952.
- [25] **Dignass A, Eliakim R, Magro F, Maaser C, Chowers Y, Geboes K, et al.** *Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis.* J Crohns Colitis. 2012;6(10):965-990.
- [26] **Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO, Lémann M, Söderholm J, Colombel JF, et al.** *The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management.* J Crohns Colitis. 2010;4(1):28-62.
- [27] **D'Incà R, Bertomoro P, Mazzocco K, Vettorato MG, Rumiati R, Sturniolo GC.** *Risk factors for non-adherence to medication in inflammatory bowel disease patients.* Aliment Pharmacol Ther. 2008;27(2):166-172.
- [28] **Eaden JA.** *Does patient knowledge affect the colorectal cancer risk in ulcerative colitis?* 2002;78(924):615-618.
- [29] **Eaden JA, Abrams K, Mayberry JF.** *The Crohn's and Colitis Knowledge Score: A Test for Measuring Patient Knowledge in Inflammatory Bowel Disease.* 1999;94(12):3560.

- [30] **Falissard B.** *Croire et soigner : réflexions autour d'une crise de la modernité en médecine.* In *Analysis*. 2019;3(3):258-260.
- [31] **Farraye FA, Odze RD, Eaden J, Itzkowitz SH, McCabe RP, Dassopoulos T, et al.** *AGA medical position statement on the diagnosis and management of colorectal neoplasia in inflammatory bowel disease.* *Gastroenterology*. 2010;138(2):738-745.
- [32] **Fiandt K.** *The chronic care model: Description and application for practice.* 2006 [cité le 15 janvier 2023];6(4). Disponible sur: <http://www.scopus.com/inward/record.url?scp=33846082419&partnerID=8YFLogxK>.
- [33] **Fiorino G, Bonifacio C, Peyrin-Biroulet L, Minuti F, Repici A, Spinelli A, et al.** *Prospective comparison of computed tomography enterography and magnetic resonance enterography for assessment of disease activity and complications in ileocolonic Crohn's disease.* *Inflamm Bowel Dis*. 2011;17(5):1073-1080.
- [34] **Fumery M, Singh S, Dulai PS, Gower-Rousseau C, Peyrin-Biroulet L, Sandborn WJ.** *Natural History of Adult Ulcerative Colitis in Population-based Cohorts: A Systematic Review.* *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018;16(3):343-356.e3.
- [35] **Gajendran M, Loganathan P, Catinella AP, Hashash JG.** *A comprehensive review and update on Crohn's disease.* *Disease-a-Month*. 2018;64(2):20-57.

- [36] **Gionchetti P, Dignass A, Danese S, Magro Dias FJ, Rogler G, Lakatos PL, et al.** *3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 2: Surgical Management and Special Situations.* Journal of Crohn's and Colitis. 2017;11(2):135-149.
- [37] **Gomollón F, Dignass A, Annese V, Tilg H, Van Assche G, Lindsay JO, et al.** *3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management.* J Crohns Colitis. 2017;11(1):3-25.
- [38] **Gomollón F, Dignass A, Annese V, Tilg H, Van Assche G, Lindsay JO, et al.** *3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management.* Journal of Crohn's and Colitis. 2017;11(1):3-25.
- [39] **Guo L, Reich J, Groshek J, Farraye FA.** *Social Media Use in Patients with Inflammatory Bowel Disease.* Inflammatory Bowel Diseases. 2016;22(5):1231-1238.
- [40] **Haaland D, Day AS, Otley A.** *Development and validation of a pediatric IBD knowledge inventory device: the IBD-KID.* J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;58(3):313-319.
- [41] **Haennig A, Faure P.** *Maladie de Crohn : Prise en charge d'une première poussée d'iléite minime à modérée. .*
- [42] **Harbord M, Eliakim R, Bettenworth D, Karmiris K, Katsanos K, Kopylov U, et al.** *Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 2: Current Management.* Journal of Crohn's and Colitis. 2017;11(7):769-784.

- [43] **van der Have M, Oldenburg B, Kaptein AA, Jansen JM, Scheffer RCH, van Tuyl BA, et al.** *Non-adherence to Anti-TNF Therapy is Associated with Illness Perceptions and Clinical Outcomes in Outpatients with Inflammatory Bowel Disease: Results from a Prospective Multicentre Study.* J Crohns Colitis. 2016;10(5):549-555.
- [44] **Higgins PDR, Rubin DT, Kaulback K, Schoenfield PS, Kane SV.** *Systematic review: impact of non-adherence to 5-aminosalicylic acid products on the frequency and cost of ulcerative colitis flares.* Aliment Pharmacol Ther. 2009;29(3):247-257.
- [45] **Hou JK, Turkeltaub JA, McCarty Iii TR, El-Serag HB.** *Assessment of disease specific knowledge and health-related quality of life among United States military veterans with inflammatory bowel disease.* World J Gastroenterol. 2015;21(19):6001-6007.
- [46] **Huang V, Mishra R, Thanabalan R, Nguyen GC.** *Patient awareness of extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease.* Journal of Crohn's and Colitis. 2013;7(8):e318-e324.
- [47] **Husain A, Triadafilopoulos G.** *Communicating with patients with inflammatory bowel disease.* Inflamm Bowel Dis. 2004;10(4):444-450; discussion 451.
- [48] **Jackson CA, Clatworthy J, Robinson A, Horne R.** *Factors associated with non-adherence to oral medication for inflammatory bowel disease: a systematic review.* Am J Gastroenterol. 2010;105(3):525-539.

- [49] **Jelsness-Jørgensen L-P, Moum B, Bernklev T.** *Worries and Concerns among Inflammatory Bowel Disease Patients Followed Prospectively over One Year.* *Gastroenterol Res Pract.* 2011;2011:492034.
- [50] **Johnson T.** *The Importance of Physician-Patient Relationships Communication and Trust in Health Care.* Duke Personalized Health Care. 2019. Disponible sur: <https://dukepersonalizedhealth.org/2019/03/the-importance-of-physician-patient-relationships-communication-and-trust-in-health-care/>.
- [51] **Kaenkumchorn T, Wahbeh G.** *Ulcerative Colitis: Making the Diagnosis.* *Gastroenterol Clin North Am.* 2020;49(4):655-669.
- [52] **Kennedy A, Robinson A, Hann M, Thompson D, Wilkin D, North-West Region Gastrointestinal Research Group.** *A cluster-randomised controlled trial of a patient-centred guidebook for patients with ulcerative colitis: effect on knowledge, anxiety and quality of life.* *Health Soc Care Community.* 2003;11(1):64-72.
- [53] **Keohane J, Shanahan F.** *Are patients with IBD knowledgeable about the risks of their medications?* *Inflamm Bowel Dis.* 2008;14 Suppl 2:S70-71.
- [54] **Kornbluth A, Sachar DB, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology.** *Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American College Of Gastroenterology, Practice Parameters Committee.* *Am J Gastroenterol.* 2010;105(3):501-523; quiz 524.

- [55] **Kornbluth A, Sachar DB, Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology.** *Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American College Of Gastroenterology, Practice Parameters Committee.* Am J Gastroenterol. 2010;105(3):501-523; quiz 524.
- [56] **Laine L, Kaltenbach T, Barkun A, McQuaid KR, Subramanian V, Soetikno R, et al.** *SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease.* Gastroenterology. 2015;148(3):639-651.e28.
- [57] **Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, Hendy PA, Smith PJ, Limdi JK, et al.** *British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults.* Gut. 2019;68(Suppl 3):s1-s106.
- [58] **Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, Hendy PA, Smith PJ, Limdi JK, et al.** *British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults.* Gut. 2019;68(Suppl 3):s1-s106.
- [59] **Langhorst J, Elsenbruch S, Mueller T, Rueffer A, Spahn G, Michalsen A, et al.** *Comparison of 4 neutrophil-derived proteins in feces as indicators of disease activity in ulcerative colitis.* Inflamm Bowel Dis. 2005;11(12):1085-1091.
- [60] **Lee KE, Jung S-A, Yoon H, Park SH, Moon CM, Kim ES, et al.** *Factors associated with pregnancy-related knowledge in women of reproductive age with inflammatory bowel disease.* 2017;52(8):833-839.

- [61] **Lemogne C.** *Empathie et médecine.* Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2015;199(2):241-252.
- [62] **Limdi JK, Butcher RO.** *Information resources and inflammatory bowel disease.* Inflamm Bowel Dis. 2011;17(8):E89-90.
- [63] **Loftus EV, Silverstein MD, Sandborn WJ, Tremaine WJ, Harmsen WS, Zinsmeister AR.** *Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota, 1940-1993: incidence, prevalence, and survival.* Gastroenterology. 1998;114(6):1161-1168.
- [64] **López San Román A, Bermejo F, Carrera E, Pérez-Abad M, Boixeda D.** *Adherence to treatment in inflammatory bowel disease.* Rev Esp Enferm Dig. 2005;97(4):249-257.
- [65] **Lorié Á, Reiner DA, Phillips M, Zhang L, Riess H.** *Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review.* Patient Education and Counseling. 2017;100(3):411-424.
- [66] **Maaser C, Sturm A, Vavricka SR, Kucharzik T, Fiorino G, Annese V, et al.** *ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 1: Initial diagnosis, monitoring of known IBD, detection of complications.* Journal of Crohn's and Colitis. 2019;13(2):144-164K.
- [67] **Magro F, Portela F, Lago P, Deus J, Cotter J, Cremers I, et al.** *Inflammatory bowel disease: a patient's and caregiver's perspective.* Dig Dis Sci. 2009;54(12):2671-2679.
- [68] **Makaryus AN, Friedman EA.** *Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge.* Mayo Clin Proc. 2005;80(8):991-994.

- [69] **Mañosa M, Navarro-Llavat M, Marín L, Zabana Y, Cabré E, Domènech E.** *Fecundity, pregnancy outcomes, and breastfeeding in patients with inflammatory bowel disease: a large cohort survey.* Scand J Gastroenterol. 2013;48(4):427-432.
- [70] **van der Marel S, Duijvestein M, Hardwick JC, van den Brink GR, Veenendaal R, Hommes DW, et al.** *Quality of web-based information on inflammatory bowel diseases.* Inflamm Bowel Dis. 2009;15(12):1891-1896.
- [71] **Masson E.** *Relations médecin-malade en pathologie digestive* [en ligne]. EM-Consulte. [cité le 14 janvier 2023]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/20153/relations-medecin-malade-en-pathologie-digestive>.
- [72] **Mawdsley JE, Rampton DS.** *Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications.* Gut. 2005;54(10):1481-1491.
- [73] **McDonald HP, Garg AX, Haynes RB.** *Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review.* JAMA. 2002;288(22):2868-2879.
- [74] **Mikocka-Walus A, Bampton P, Hetzel D, Hughes P, Esterman A, Andrews JM.** *Cognitive-Behavioural Therapy for Inflammatory Bowel Disease: 24-Month Data from a Randomised Controlled Trial.* Int J Behav Med. 2017;24(1):127-135.
- [75] **Mikocka-Walus A, Knowles SR, Keefer L, Graff L.** *Controversies Revisited: A Systematic Review of the Comorbidity of Depression and Anxiety with Inflammatory Bowel Diseases.* Inflamm Bowel Dis. 2016;22(3):752-762.

- [76] **Mills SC, von Roon AC, Tekkis PP, Orchard TR.** *Crohn's disease.* BMJ Clin Evid. 2011;2011:0416.
- [77] **Mindemark M, Larsson A.** *Ruling out IBD: estimation of the possible economic effects of pre-endoscopic screening with F-calprotectin.* Clin Biochem. 2012;45(7-8):552-555.
- [78] **Mocciaro F, Di Mitri R, Russo G, Leone S, Quercia V.** *Motivational interviewing in inflammatory bowel disease patients: a useful tool for outpatient counselling.* Dig Liver Dis. 2014;46(10):893-897.
- [79] **Mukewar S, Mani P, Wu X, Lopez R, Shen B.** *YouTube and inflammatory bowel disease.* J Crohns Colitis. 2013;7(5):392-402.
- [80] **Na S-Y, Moon W.** *Perspectives on Current and Novel Treatments for Inflammatory Bowel Disease.* Gut Liver. 2019;13(6):604-616.
- [81] **Nigro G, Angelini G, Grosso SB, Caula G, Sategna-Guidetti C.** *Psychiatric predictors of noncompliance in inflammatory bowel disease: psychiatry and compliance.* J Clin Gastroenterol. 2001;32(1):66-68.
- [82] **Øresland T, Bemelman WA, Sampietro GM, Spinelli A, Windsor A, Ferrante M, et al.** *European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis.* J Crohns Colitis. 2015;9(1):4-25.
- [83] **Ostromohov G, Fibelman M, Hirsch A, Ron Y, Cohen NA, Kariv R, et al.** *Assessment of patients' understanding of inflammatory bowel diseases: Development and validation of a questionnaire.* United European Gastroenterol J. 2021;10(1):104-114.

- [84] **Panes J, Bouhnik Y, Reinisch W, Stoker J, Taylor SA, Baumgart DC, et al.** *Imaging techniques for assessment of inflammatory bowel disease: Joint ECCO and ESGAR evidence-based consensus guidelines.* Journal of Crohn's and Colitis. 2013;7(7):556-585.
- [85] **Panés J, Bouzas R, Chaparro M, García-Sánchez V, Gisbert JP, Martínez de Guereñu B, et al.** *Systematic review: the use of ultrasonography, computed tomography and magnetic resonance imaging for the diagnosis, assessment of activity and abdominal complications of Crohn's disease.* Aliment Pharmacol Ther. 2011;34(2):125-145.
- [86] **Park J, Yoon H, Shin CM, Park YS, Kim N, Lee DH.** *Higher levels of disease-related knowledge reduce medical acceleration in patients with inflammatory bowel disease.* PLoS One. 2020;15(6):e0233654.
- [87] **Park SH, Loftus EV, Yang S-K.** *Appendiceal skip inflammation and ulcerative colitis.* Dig Dis Sci. 2014;59(9):2050-2057.
- [88] **Perez de Arce E, Quera R, Ribeiro Barros J, Yukie Sasaki L.** *Sexual Dysfunction in Inflammatory Bowel Disease: What the Specialist Should Know and Ask.* Int J Gen Med. 2021;14:2003-2015.
- [89] **Peyrin-Biroulet L, Khosrotehrani K, Carrat F, Bouvier A-M, Chevaux J-B, Simon T, et al.** *Increased risk for nonmelanoma skin cancers in patients who receive thiopurines for inflammatory bowel disease.* Gastroenterology. 2011;141(5):1621-1628.e1-5.

- [90] **Peyrin-Biroulet L, Reinisch W, Colombel J-F, Mantzaris GJ, Kornbluth A, Diamond R, et al.** *Clinical disease activity, C-reactive protein normalisation and mucosal healing in Crohn's disease in the SONIC trial.* Gut. 2014;63(1):88-95.
- [91] **Peyrin-Biroulet ML.** *PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE INTESTINALE EN FRANCE : UNE ENQUÊTE NATIONALE AUPRÈS DES GASTRO-ENTÉROLOGUES LIBÉRAUX.* .
- [92] **Pittet V, Vaucher C, Maillard MH, Girardin M, de Saussure P, Burnand B, et al.** *Information Needs and Concerns of Patients with Inflammatory Bowel Disease: What Can We Learn from Participants in a Bilingual Clinical Cohort?* PLoS One. 2016;11(3):e0150620.
- [93] **Porter RJ, Kalla R, Ho G-T.** *Ulcerative colitis: Recent advances in the understanding of disease pathogenesis.* F1000Res. 2020;9:F1000 Faculty Rev-294.
- [94] **Promislow S, Walker JR, Taheri M, Bernstein CN.** *How well does the Internet answer patients' questions about inflammatory bowel disease?* Can J Gastroenterol. 2010;24(11):671-677.
- [95] **Pullar T, Roach P, Mellor EJ, McNeece J, Judd A, Feely M, et al.** *Patients' knowledge concerning their medications on discharge from hospital.* J Clin Pharm Ther. 1989;14(1):57-59.
- [96] **Puylaert C a. J, Tielbeek J a. W, Bipat S, Stoker J.** *Grading of Crohn's disease activity using CT, MRI, US and scintigraphy: a meta-analysis.* Eur Radiol. 2015;25(11):3295-3313.

- [97] **Qiu Y, Mao R, Chen B-L, Li X-H, He Y, Zeng Z-R, et al.** *Systematic review with meta-analysis: magnetic resonance enterography vs. computed tomography enterography for evaluating disease activity in small bowel Crohn's disease.* *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;40(2):134-146.
- [98] **Quan H, Present JW, Sutherland LR.** *Evaluation of educational programs in inflammatory bowel disease.* *Inflamm Bowel Dis.* 2003;9(6):356-362.
- [99] **Rahier JF, Magro F, Abreu C, Armuzzi A, Ben-Horin S, Chowers Y, et al.** *Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease.* *J Crohns Colitis.* 2014;8(6):443-468.
- [100] **Rezailashkajani M, Roshandel D, Ansari S, Zali MR.** *Knowledge of disease and health information needs of the patients with inflammatory bowel disease in a developing country.* *Int J Colorectal Dis.* 2006;21(5):433-440.
- [101] **Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C.** *The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives.* *Br J Gen Pract.* 2009;59(561):e116-133.
- [102] **Riis L, Vind I, Vermeire S, Wolters F, Katsanos K, Politi P, et al.** *The prevalence of genetic and serologic markers in an unselected European population-based cohort of IBD patients.* *Inflamm Bowel Dis.* 2007;13(1):24-32.
- [103] **Riley SA, Mani V, Goodman MJ, Lucas S.** *Why do patients with ulcerative colitis relapse?* *Gut.* 1990;31(2):179-183.

- [104] **Rubin DT, Dubinsky MC, Panaccione R, Siegel CA, Binion DG, Kane SV, et al.** *The impact of ulcerative colitis on patients' lives compared to other chronic diseases: a patient survey.* Dig Dis Sci. 2010;55(4):1044-1052.
- [105] **Sands BE.** *Biomarkers of Inflammation in Inflammatory Bowel Disease.* Gastroenterology. 2015;149(5):1275-1285.e2.
- [106] **Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel J-F.** *The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications.* Gut. 2006;55(6):749-753.
- [107] **Segal JP, LeBlanc J-F, Hart AL.** *Ulcerative colitis: an update.* Clin Med (Lond). 2021;21(2):135-139.
- [108] **Selinger CP, Eaden J, Selby W, Jones DB, Katelaris P, Chapman G, et al.** *Patients' knowledge of pregnancy-related issues in inflammatory bowel disease and validation of a novel assessment tool ('CCPKnow').* 2012;36(1):57-63.
- [109] **Selinger CP, Ghorayeb J, Madill A.** *What Factors Might Drive Voluntary Childlessness (VC) in Women with IBD? Does IBD-specific Pregnancy-related Knowledge Matter?* J Crohns Colitis. 2016;10(10):1151-1158.
- [110] **Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Bitton A, Daly D, Wild GE, Cohen A, et al.** *Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease.* Am J Gastroenterol. 2001;96(5):1470-1479.

- [111] **Seyedian SS, Nokhostin F, Malamir MD.** *A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease.* J Med Life. 2019;12(2):113-122.
- [112] **Shale MJ, Riley SA.** *Studies of compliance with delayed-release mesalazine therapy in patients with inflammatory bowel disease.* Aliment Pharmacol Ther. 2003;18(2):191-198.
- [113] **Shukla T, Singh S, Loftus EV, Bruining DH, McCurdy JD.** *Antiviral Therapy in Steroid-refractory Ulcerative Colitis with Cytomegalovirus: Systematic Review and Meta-analysis.* Inflamm Bowel Dis. 2015;21(11):2718-2725.
- [114] **Siegel CA.** *Shared decision making in inflammatory bowel disease: helping patients understand the tradeoffs between treatment options.* Gut. 2012;61(3):459-465.
- [115] **Sood A, Midha V, Sood N, Kaushal V.** *Self-reported disease awareness--a questionnaire survey of ulcerative colitis patients.* Indian J Gastroenterol. 2001;20(1):6-8.
- [116] **Subasinghe D, Wijekoon NS, Nawarathne NMM, Samarasekera DN.** *Disease-related knowledge in inflammatory bowel disease: experience of a tertiary care centre in a developing country in South Asia.* Singapore Med J. 2010;51(6):484-489.
- [117] **Torres J, Mehandru S, Colombel J-F, Peyrin-Biroulet L.** *Crohn's disease.* Lancet. 2017;389(10080):1741-1755.
- [118] **Torres J, Mehandru S, Colombel J-F, Peyrin-Biroulet L.** *Crohn's disease.* Lancet. 2017;389(10080):1741-1755.

- [119] **Travis SPL, Stange EF, Lémann M, Öresland T, Chowers Y, Forbes A, et al.** *European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: current management.* Gut. 2006;55(Suppl 1):i16-i35.
- [120] **Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel J-F.** *Ulcerative colitis.* The Lancet. 2017;389(10080):1756-1770.
- [121] **Vaucher C, Maillard MH, Froehlich F, Burnand B, Michetti P, Pittet V.** *Patients and gastroenterologists' perceptions of treatments for inflammatory bowel diseases: do their perspectives match?* Scand J Gastroenterol. 2016;51(9):1056-1061.
- [122] **Waters BM, Jensen L, Fedorak RN.** *Effects of formal education for patients with inflammatory bowel disease: a randomized controlled trial.* Can J Gastroenterol. 2005;19(4):235-244.
- [123] **Wehkamp J, Götz M, Herrlinger K, Steurer W, Stange EF.** *Inflammatory Bowel Disease.* Dtsch Arztebl Int. 2016;113(5):72-82.
- [124] **Whelan T, Levine M, Willan A, Gafni A, Sanders K, Mirsky D, et al.** *Effect of a decision aid on knowledge and treatment decision making for breast cancer surgery: a randomized trial.* JAMA. 2004;292(4):435-441.
- [125] **Yanartas O, Kani HT, Bicakci E, Kilic I, Banzragch M, Acikel C, et al.** *The effects of psychiatric treatment on depression, anxiety, quality of life, and sexual dysfunction in patients with inflammatory bowel disease.* Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:673-683.

- [126] **Yoo Y-S, Cho O-H, Cha K-S.** *Disease-Related Knowledge and Information Needs Among Inflammatory Bowel Disease Patients in Korea.* *Gastroenterol Nurs.* 2015;38(6):455-463.
- [127] **Yoo Y-S, Cho O-H, Cha K-S.** *Disease-Related Knowledge and Information Needs Among Inflammatory Bowel Disease Patients in Korea.* *Gastroenterol Nurs.* 2015;38(6):455-463.
- [128] **Yoon H, Yang S-K, So H, Lee KE, Park SH, Jung S-A, et al.** *Development, validation, and application of a novel tool to measure disease-related knowledge in patients with inflammatory bowel disease.* *Korean J Intern Med.* 2019;34(1):81-89.
- [129] **Zidar N, Ferkolj I, Tepeš K, Štabuc B, Kojc N, Uršič T, et al.** *Diagnosing cytomegalovirus in patients with inflammatory bowel disease--by immunohistochemistry or polymerase chain reaction?* *Virchows Arch.* 2015;466(5):533-539.
- [130] **AZATHIOPRINE (IMUREL®) 6-MERCAPTOPYRIMIDINE (PURINETHOL®).** GETAID. 2019. Disponible sur: <https://www.getaid.org/fiches-medicament/lazathioprine-imurel-la-6-mercaptopurine-purinethol>.
- [131] *Fiches de recommandations : Prise en charge d'une première poussée d'iléite minime à modérée* [en ligne]. CREGG. [cité le 5 janvier 2023]. Disponible sur: <https://www.cregg.org/fiches-recommandations/prise-en-charge-d-une-premiere-poussee-d-ileite-minime-a-moderee/>.

- [132] *Fiches de recommandations : Principes du traitement des lésions anopérinéales (LAP) de la maladie de Crohn* [en ligne]. CREGG. [cité le 7 janvier 2023]. Disponible sur: <https://www.cregg.org/fiches-recommandations/principes-du-traitement-des-lesions-ano-perineales-lap-de-la-maladie-de-crohn/>.
- [133] *Lésions anopérinéales de la maladie de Crohn (LAP)* [en ligne]. FMC-HGE. [cité le 7 janvier 2023]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2018-paris/lesions-anoperineales-de-la-maladie-de-crohn-lap/>.
- [134] *Lésions anopérinéales de la maladie de Crohn (LAP)* [en ligne]. FMC-HGE. [cité le 7 janvier 2023]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2018-paris/lesions-anoperineales-de-la-maladie-de-crohn-lap/>.
- [135] *Place de l'échographie dans la surveillance des MICI* [en ligne]. FMC-HGE. [cité le 7 janvier 2023]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2022/place-de-lechographie-dans-la-surveillance-des-mici/>.
- [136] *JFHOD | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive* [en ligne]. [cité le 17 avril 2023]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/etat-de-connaissance-des-patients-suivis-pour-m>.
- [137] *JFHOD | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive* [en ligne]. [cité le 17 avril 2023]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/que-connaissent-les-malades-mici-propos-de-leur-maladie>.

- [138] *Nutrition et MICI: quoi de neuf?* [en ligne]. FMC-HGE. [cité le 21 avril 2023]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2023/nutrition-et-mici-quoi-de-neuf/>.
- [139] *JFHOD / SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive* [en ligne]. [cité le 27 avril 2023]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/les-manifestations-extra-intestinales-au-cours>.

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 le respect de la vie humaine dès la conception.*
- ❖ *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

Je m'y engage librement et sur mon honneur.





بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ❖ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- ❖ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- ❖ وأن أمارس مهنتي بواجب من ضميري وبشرف في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- ❖ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- ❖ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- ❖ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- ❖ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- ❖ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- ❖ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- ❖ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله.

والله على ما أقول شهيد



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



جامعة محمد الخامس بالرباط
Université Mohammed V de Rabat

أطروحة رقم: 253

سنة : 2023

مستوى المعرفة لدى المرضى المتابعين لأمراض الأمعاء الالتهابية المزمنة لمرضهم في منطقة شمال المغرب

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2023

من طرف

السيدة نهى الميموني

لنيل دبلوم

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : أمراض التهاب الأمعاء المزمنة؛ معرفة المريض؛ التثقيف العلاجي

أعضاء لجنة المناقشة:

رئيس اللجنة ومدير الأطروحة

السيدة إكرام الرايح

أستاذة في أمراض الكبد و الجهاز الهضمي وأمراض الشرح

عضو

السيدة إحسان ملوكي

أستاذة في أمراض الجهاز الهضمي

عضو

السيدة منى صالحون

أستاذة في أمراض الجهاز الهضمي

عضو

السيدة ماجدولين أوبطيل

أستاذة في الطب الوقائي والصحة العامة والنظافة