



MESURES ET DETERMINANTS DE LA QUALITE DE VIE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Docteur MIRY Samira

Née le 07 mai 1989

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

OPTION :

Sous la direction de Professeur Mounia EL YOUSFI

Session Juin 2019

Remerciements

A TOUS MES MAÎTRES

Vous avez guidé nos pas, prodigué avec patience et indulgence vos précieux conseils. Nous resterons à jamais reconnaissants, sincèrement respectueux et dévoués.

Notre cher maître monsieur le Professeur IBRAHIMI Sidi Adil, nous avons apprécié cher maître votre aide malgré vos multiples préoccupations, votre sens de responsabilité, vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre rigueur scientifique ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Nous souhaitons être dignes de la confiance que vous portez en nous. Qu'elle puisse trouver ici le témoignage de notre profond respect et infinie gratitude.

Notre maître monsieur le Professeur EL ABKARI Mohamed, a su nous guider et nous donner l'exemple de la rigueur professionnelle et du savoir scientifique. Sa modestie et sa sympathie suscitent en nous toute appréciation et toute estime. A ce propos, nous tenons à remercier vivement et à rendre un grand hommage à notre Maître le Professeur EL ABKARI Mohamed.

Nous remercions nos maîtres, Messieurs les Professeurs BENAJAH Dafr-Allah et AQODAD Noureddine qui nous ont marqué par leur rigueur, leur sagesse, leurs compétences. Ils étaient pour nous l'exemple de droiture du travail et de persévérance. Puissent-t-ils trouver dans ce travail tous nos remerciements et notre gratitude le témoignage de notre grand respect.

Un grand merci également à notre chère maître, Madame le Professeur EL YOUSFI Mounia, qui a veillé de près et de loin à la réalisation de ce travail et également à enrichir notre formation pratique et théorique. Nous avons été particulièrement impressionnés par sa gentillesse, son accompagnement et son amitié, son savoir scientifique et son dévouement au service du malade. Elle n'a pas cessé de nous faire participer activement dans les travaux scientifiques, les gestes pratiques, et globalement la prise en charge des malades. Le travail à son côté est une occasion de profiter de ses connaissances, compétences et expérience. Aucun mot ne saurait exprimer à sa juste valeur notre profond amour, notre attachement, notre considération et notre gratitude envers leur dévouement. Qu'ils soient

*assurés de notre profonde considération. Puisse Dieu vous récompenser pour la gentillesse, le soutien
et la sollicitude que vous avez toujours manifesté à notre égard.*

*Nous tenons à remercier également Mesdames les Professeurs LAHMIDANI Nada et Abid Hakïma
qui nous ont bien encadré sur le plan théorique et pratique. Merci pour ce que vous nous avez
communiqué en matière de responsabilité, d'abnégation et de savoir-faire.*

*Un grand merci également à docteur LAHLALI Maria et à docteur LAMINE Asmaa qui ont
veillé de prêt et de loin à enrichir notre formation pratique et théorique.*

*Enfin, nous tenons à remercier tous les membres de l'équipe médicale et paramédicale du Service
d'Hépatogastro-entérologie et d'endoscopie*

ABREVIATIONS

MICI	: maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.
MC	: maladie de Crohn.
RCH	: rectocolite hémorragique.
QdV	: qualité de vie
QVLS	: concept de la qualité de vie liée à la santé
PCS	: score agrégé physique
MCS	: score agrégépsychique
SF-12	: Short Form-12
SF-36	: Short Form-36
SIP	: Sickness impact profile
IBDQ	: Inflammatoryboweldisease questionnaire
RFIPC	: Rating form of inflammatoryboweldisease patient concerns
NHP	: Nottingham Health Profile
EORTC	: European Organisation for Research and Treatment of Cancer

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
ABREVIATIONS	4
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION.....	8
GENERALITES SUR LES SCORES DE LA QUALITE DE VIE.....	11
1. Le concept de la qualité de vie liée à la santé (QVLS):	12
2. Les différents scores liés à la qualité de vie :.....	12
3. Validation des questionnaires de la qualité de vie :	17
PATIENTS ET METHODES.....	19
1. Type de l'étude :	20
2. Patients :.....	20
2.1. Population cible :.....	20
2.2. Témoins :	21
3. Méthodes :	21
3.1. Méthodes de collecte :	21
3.2. Score de la qualité de vie (SF-12) :	22
3.3. Données cliniques:	26
4. Analyse des données :	27
4.1. Saisie des données :	27
4.2. Analyse univariée :.....	27
4.3. Analyse bivariée :.....	27
4.4. Analyse multivariée :.....	27
RESULTATS	28

1. Description de la population cible	29
1.1. Nombre de patients :	29
1.2. Données socio-démographiques :	29
1.2.1. Age :	29
1.2.2. Sexe :	30
1.2.3. Statut marital :	31
1.3. Antécédents :	31
1.4. Type de MICI et activités de la maladie :	31
2. Facteurs associés à l'impact des maladies inflammatoires chroniques sur la qualité de vie :	32
2.1. Facteurs sociodémographiques :	32
2.2. Les antécédents :	34
2.3. Les facteurs cliniques :	34
3. L'étude multivariée :	38
3.1. Score PCS :	38
3.2. Score MCS :	38
4. Comparaison de la QdV entre le groupe des patients et celui des témoins : ...	39
DISCUSSION	40
1. Concept de la qualité de vie en relation avec la santé :	41
2. Intérêt de l'étude :	41
3. Synthèse des résultats :	42
3.1. L'impact des MICI sur la QdV :	42
3.2. Les facteurs influençant l'impact des MICI sur la qualité de vie :	42
4. L'impact des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sur la qualité de vie :	42

5. Les facteurs cliniques associés à l'impact des MICI sur la QDV :	43
6. Perspectives d'avenir :	45
CONCLUSION	46
RESUME	49
ANNEXES.....	52
REFERENCES.....	56

INTRODUCTION

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, en pratique maladie de Crohn (MC) et rectocolite hémorragique (RCH), sont caractérisées par une inflammation chronique du tube digestif évoluant par poussées entrecoupées de périodes de rémission, atteignant exclusivement le rectum et le colon pour la RCH et tout le tube digestif avec une prédilection pour la région iléo-cæcale pour la MC (1).

Bien que des progrès aient été récemment faits, en particulier dans le domaine génétique, dans la compréhension de leur physiopathologie, la (ou les) causes de ces deux maladies reste (ent) à ce jour inconnue (s). La RCH et la MC augmentent peu ou pas la mortalité, mais en raison de leur survenue tôt dans la vie et de leur chronicité, elles induisent une morbidité élevée qui altère la qualité de vie des malades (1).

Les MICI peuvent occasionner une altération majeure de la qualité de vie (QdV) avec une discordance importante entre le vécu de ces maladies et les indices d'activité clinico-biologiques et endoscopiques disponibles. Ces affections chroniques nécessitent une évaluation systématique de la qualité de vie reposant sur un questionnaire fiable qui devrait permettre une appréciation objective de son retentissement, d'en suivre l'évolution et d'assurer ainsi une prise en charge plus globale du patient (2,3).

Le questionnaire SF12 est une échelle de qualité de vie générique qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale. Ce questionnaire SF12 comprend 12 items répartis en 8 dimensions (l'activité physique, la vie et les relations avec les autres, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à l'état psychique, les limitations dues à l'état physique et la santé psychique). Sa fiabilité a été démontrée dans sa version dialectale.

En effet, la mesure de la qualité de vie permet de diminuer l'asymétrie d'information entre le patient et le corps médical. Cependant, il existe peu de travaux réalisés à ce sujet chez les patients marocains atteints de MICI.

Nous cherchons à travers cette étude à mesurer la qualité de vie et à en identifier les déterminants chez les patients marocains atteints de MICI.

Nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

- Evaluer et comparer la qualité de vie chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin à un bras contrôle.
- Identifier les principaux facteurs sociodémographiques, et cliniques qui influencent la qualité de vie de nos malades.

GENERALITES SUR LES
SCORES DE LA QUALITE DE
VIE

1. Le concept de la qualité de vie liée à la santé (QVLS):

Dans les années 1980, se développe le concept de qualité de vie liée à la santé en médecine. De façon pragmatique, différents auteurs ont proposé de restreindre la définition de la qualité de vie aux aspects liés à la santé en explorant les principaux domaines qui la composent, à savoir l'autonomie, les symptômes physiques, l'état psychique, les relations sociales et matérielles, les activités de loisirs, l'image de soi. On parle alors de mesure de qualité de vie liée à la santé. La notion «qualité de vie liée à la santé» discrimine entre les déterminants de la qualité de vie propres à la santé et les autres déterminants de la qualité de vie (revenu, sécurité d'emploi, conditions de vie). Un instrument qui mesure la qualité de vie globale présente des caractéristiques passablement différentes de celles d'un instrument de mesure de la QVLS et n'accorde normalement pas la même importance aux aspects liés aux soins de santé (4).

Pour Patrick et Erickson : << la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de la santé >>(5).

2. Les différents scores liés à la qualité de vie :

La qualité de vie des patients peut être mesurée avec différents outils : les questionnaires psychométriques et l'évaluation des préférences des patients. Les questionnaires psychométriques se présentent sous deux formes : les questionnaires génériques, tels que le Short Form-36 (SF-36) et le Short Form-12 (SF-12) ou le Sickness impact profile (SIP), et les questionnaires spécifiques, ciblés

sur la maladie dans notre étude est la maladie inflammatoire chronique de l'intestin. L'Inflammatory bowel disease questionnaire (IBDQ) est un questionnaire spécifique très largement utilisé dans l'évaluation de la QdV des patients atteints de MICI. Il existe un deuxième questionnaire, composé du SF-36, d'un module sommeil et du Rating form of inflammatory bowel disease patient concerns (RFIPC).

- Les instruments génériques évaluent l'état global des patients qu'elle que soit leur pathologie, et peuvent également être utilisés en population générale. Ces échelles ont la faveur des décideurs en santé publique car elles permettent de comparer des groupes de patients souffrant de pathologies différentes, et peuvent être utilisées pour la mise en place de politiques de santé (7).

Les échelles les plus utilisées sont le Sickness Impact Profile (SIP), le Short Form 36 (SF-36), le Short Form 12(SF-12), le Nottingham Health Profile (NHP).

Les instruments génériques incluent :

Les mesures d'index : qui produisent un seul score de qualité de vie liée à la santé.

Les mesures de profil : qui évaluent la santé sur plusieurs dimensions distinctes comme (le fonctionnement physique ou mental...).

Les échelles génériques validées en langue française, sont au nombre de trois uniquement, le SF-36 (Short Form on Health. Survey), le SF-12 et le NHP (Nottingham Health Profile).

- o Les instruments spécifiques se focalisent quant à eux sur des domaines pour lesquels le retentissement de la maladie est important, ce qui permet d'accroître la sensibilité de l'indicateur.

Les instruments spécifiques sont classés comme suit :

Instruments spécifiques de maladie :

Ils permettent d'évaluer la qualité de vie dans certaines pathologies ou états de santé : tels que l'asthme (Quality of life questionnaire for Asthma), l'hypertension artérielle, les cancers (European Organisation for Research and Treatment of Cancer : EORTC). En général ils sont développés, afin de mettre en évidence des changements suite à des interventions (essais cliniques).

Instruments spécifiques de domaines :

Ils permettent d'évaluer la qualité de vie dans la douleur (Chest pain questionnaire), la dyspnée (dyspnea index) ou dans certains domaines comme le fonctionnement sexuel. Ce sont les instruments spécifiques les plus nombreux allant des mesures les plus simples à la mesure de concepts plus globaux.

Instruments spécifiques de population :

Ils permettent d'évaluer la qualité de vie de certaines populations particulières caractérisées par leur âge (enfants, personnes âgées) ou par la combinaison de leur âge et de certaines conditions médicales (handicapés...).

Les questionnaires spécifiques utilisés fréquemment dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sont :

- L'IBDQ (Inflammatory bowel disease questionnaire) permet de mesurer de façon spécifique la QdV des patients atteints d'une MICI. Ce questionnaire comporte 32 items remplis par le patient, regroupés en quatre domaines (symptômes digestifs, signes généraux, état émotionnel et retentissement sur la vie sociale). Chacun des items est scoré entre 1 et 7 (1 indiquant un problème sévère et 7 révélant au contraire une absence de problème) et

les scores globaux (sommés des scores attribués à chacun des items) vont de 32 (très faible qualité de vie liée à la santé) à 224 (très bonne qualité de vie liée à la santé). Les qualités psychométriques de ce questionnaire (validité, reproductibilité, sensibilité) ont été validées (8, 9), et celui-ci s'est imposé au cours des dernières années comme le questionnaire incontournable des grands essais thérapeutiques internationaux dans les MICI où il est désormais utilisé fréquemment comme critère secondaire.

- RFIPC (Rating form of inflammatory bowel disease patient concerns): Il s'agit d'un autre questionnaire spécifique aux MICI, composé d'une partie générale (SF-36), d'un module sommeil de 6 items et d'une partie spécifique aux MICI qui comprend 28 items (6, 2).

Au total, les instruments génériques peuvent comporter certains items dénués d'intérêt pour l'exploration d'une maladie en particulier, car aucune modification n'est attendue dans ce champ, ou bien au contraire ils peuvent manquer d'items pertinents. A l'inverse, les instruments spécifiques sont plus précis dans une dimension particulière, mais ils peuvent être incapables de détecter un changement inattendu ou des symptômes généraux qui sont importants pour la QdV du patient.

Le tableau 1 présente une comparaison en termes d'avantages et d'inconvénients entre les instruments génériques et spécifiques.

Tableau 1 : Avantages et inconvénients des instruments génériques et spécifiques.

Famille	Avantages	Inconvénients
Générique	<ul style="list-style-type: none"> - Validité établie - Détecte des modifications dans des dimensions variées - Permet la comparaison de plusieurs maladies ou interventions 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas toujours ouvert vers le domaine adéquat - Moins sensible au changement - Souvent long et coûteux
Spécifique	<ul style="list-style-type: none"> - Plus sensible au changement - Proche du jugement clinique - Plus sensible est spécifique 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de comparaison possible avec d'autres maladies - Application limitée à certaines populations ou certains types d'interventions - Ne mesure pas des effets inattendus

3. Validation des questionnaires de la qualité de vie :

La validation d'un questionnaire est le prérequis indispensable à son utilisation. Les principales propriétés psychométriques sont :

La fiabilité de la mesure : c'est la capacité d'un score observé à être identique dans les conditions identiques. Les méthodes permettant de mesurer le degré de fiabilité sont la cohérence interne et le test-retest.

La validité : on distingue la validité de contenu, la validité de construction et la validité de critères.

La sensibilité aux changements correspond à la capacité d'un instrument à objectiver des variations perceptibles de l'état du sujet (10).

Il faut également obtenir l'équivalence conceptuelle de la mesure : l'équivalence sémantique est insuffisante pour assurer l'équivalence interculturelle.

Cela comporte habituellement 5 étapes itératives :

- Traduction de la langue source vers la langue cible par 2 traducteurs indépendants, bilingues.
- Rétro-traduction : vérifier les concepts par 2 traducteurs dont la langue maternelle est langue source.
- Etablissement d'une version finale par un comité de pilotage.
- Test de compréhension et d'acceptabilité (sujets...).
- Adaptation des pondérations (10).

Dans notre étude, vu que l'objectif était d'illustrer l'impact des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sur la qualité de vie, en comparaison à un groupe contrôle. Notre choix a été porté sur le SF-12 en version dialectale, qui a déjà fait l'objectif d'une validation par l'équipe d'épidémiologie et de statistique de la faculté de médecine de Fès en 2009.

PATIENTS ET METHODES

1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude prospective comparant la qualité de vie des patients MICI à celle de la population générale à l'ordre d'une échelle générique de la qualité de vie le SF-12 traduit en arabe dialectale marocaine en collaboration avec le laboratoire d'épidémiologie à la faculté de médecine et de pharmacie de Fès et l'équipe de service de pneumologie du CHU Hassan II des Fès en 2009. Cet auto-questionnaire permet une mesure de profil de l'état de santé qui prend en compte, outre les aspects fonctionnels, des aspects sociaux et de l'image de soi.

C'est une étude descriptive et analytique qui vise, d'abord à collecter les différents données socio-démographiques et cliniques, à rapporter les résultats des scores de la qualité de vie, d'identifier les différents paramètres qui l'influencent et à comparer la QDV chez les patients MICI à celle de la population générale.

La collecte des données s'est effectuée entre janvier 2018 et janvier 2019.

2. Patients :

2.1. Population cible :

Echantillonnage des patients :

La population cible est constituée par les patients suivis en consultation pour maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, au service d'Hépto-Gastro-Entérologie du CHU Hassan II de Fès.

Taille de l'échantillon :

La taille globale de l'échantillon est composée de 100 patients.

2.2. Témoins :

Echantillonnage :

Nous avons pris comme groupe de comparaison les accompagnants des consultants pour une pathologie bénigne non handicapante, rencontrés de façon accidentelle dans le centre de diagnostic et ce en raison des difficultés pratiques que pose la réalisation d'un échantillon aléatoire à partir de la population générale. A condition de ne pas inclure dans le groupe de comparaison les accompagnants des consultants atteints d'une infection lourde car il est possible que leur qualité de vie soit également affectée.

Taille de l'échantillon :

La taille du groupe de comparaison est composée de 100 témoins.

3. Méthodes :

3.1. Méthodes de collecte :

La collecte des données a été effectuée à l'aide d'un questionnaire comportant deux parties : l'échelle SF-12 et les données socio-démographiques et les facteurs cliniques.

L'administration du questionnaire a été assurée par deux médecins résidents du service d'hépatogastroentérologie au CHU Hassan II vu le taux élevé d'analphabétisme.

Leurs dossiers médicaux sur le logiciel Hosix ont été exploités afin de collecter les informations cliniques.

Des mesures éthiques ont été prises :

- Un consentement éclairé des participants après leur avoir expliqué le but de l'étude.
- Anonymat et la confidentialité des données.

Le taux d'acceptabilité du questionnaire était de 100%.

3.2. Score de la qualité de vie (SF-12) :

C'est une échelle qui a été construite à partir de l'échelle SF36, mise au point et analysée par John Ware et al. Elle est largement utilisée actuellement en langue anglaise mais dans 15 autres traductions. L'étude de choix et de validation des items a été effectuée dans 9 pays européens et auprès de 9000 personnes (11).

Le SF12 permet de calculer deux scores: un score de qualité de vie mentale et un score de qualité de vie physique. Les moyennes et écarts types des deux scores sont publiés pour les 9 pays européens dans lesquels s'est déroulée l'étude de validation (11). Il peut être administré à des patients ou à la population générale.

Le SF12 évalue 8 dimensions de la santé :

Les scores des questions et des échelles sont calculés en suivant les trois étapes :

1. Le codage des 12 questions (12) : a pour but de calculer à partir des réponses aux questions les scores des échelles. Plusieurs étapes sont nécessaires pour réaliser cette procédure :

a. Changer les valeurs incohérentes en valeurs manquantes :

Les valeurs incohérentes sont les valeurs qui sont soit inférieures aux codes de la liste du choix de réponses ou soit supérieures aux codes de la liste du choix de réponses. Elles s'expliquent généralement par une erreur de saisie. Si possible,

elles doivent être corrigées après vérification des réponses sur le questionnaire original. Si ce questionnaire (par exemple le document papier) n'est pas accessible,

les valeurs incohérentes doivent être considérées comme des valeurs manquantes qui seront par la suite estimées. L'estimation de la valeur manquante est la moyenne des réponses du même sujet aux autres questions de l'échelle.

Il est conseillé d'estimer toutes les valeurs manquantes pour tous les individus ayant répondu à plus de la moitié des questions de l'échelle.

b. Recoder les valeurs pour 12 questions.

c. Estimer et remplacer certaines valeurs manquantes.

2. le calcul des scores : Les scores des 12 questions et des échelles sont calculés de façon qu'un score élevé corresponde à un meilleur état de santé.

- Pour le score activité physique (PF) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 33a + 33b. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure activité physique.
- Pour le score limitations dues à l'état physique (RP) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 34a + 34b. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique l'absence de limitations dues à l'état physique.
- Pour le score douleurs physiques (BP) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 36. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une absence ou peu de douleurs physiques.

- Pour le score santé perçue (GH) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 32. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure santé perçue.
- Pour le score vitalité (VT) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 37b. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure vitalité.
- Pour le score vie et relation avec les autres (SF) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 38. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure vie relationnelle avec les autres (vie sociale).
- Pour le score limitations dues à l'état psychique (RE) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 35a + 35b. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique moins de limitations dues à l'état psychique.
- Pour le score santé psychique (MH) : c'est la somme algébrique des valeurs finales des questions 37a + 37c. Le score de cette échelle est calculé de façon à ce qu'un score élevé indique une meilleure santé psychique.

3. Transformation linéaire des scores de chaque échelle : cette étape a pour objectif de transformer le score d'origine de chaque échelle en un score qui s'étend de 0 à 100. Cet objectif est obtenu par l'application de la formule suivante:

Score transformé pour chaque échelle= (score d'origine de l'échelle - plus petit score d'origine possible) / (étendue possible des scores d'origine pour cette échelle) *100.

Les moyennes et les déviations standards sont issues de notre étude, les pondérations sont issues des études réalisées auprès de la population américaine (11, 12).

Le calcul des scores résumés psychiques (MCS) et physiques (PCS) : se fait en deux étapes :

- le calcul des scores standardisés pour chacune des échelles du SF12.
- le calcul des scores agrégés physiques (PCS) et psychiques (MCS).

La question qui se posait pour ces deux derniers scores, était dans quelle mesure le SF12 permet de produire des résultats similaires à ceux du SF36 ?

Dans ce cadre, différentes études ont montré que le SF12 peut être l'instrument de choix.

Parmi ces études, une a été menée en grande Bretagne (13) et durant laquelle les deux questionnaires ont été administrés pour trois groupes de traitements différents et on a comparé les résultats des deux scores PCS et MCS du SF12 pendant les deux temps de l'étude. Les résultats entre les deux scores des deux questionnaires étaient presque identiques.

Ainsi Ware et al (11) ont rapporté que la capacité du questionnaire SF12 à distinguer entre les différents groupes de maladie est estimée à moins de 10% par rapport à celle du SF36.

3.3. Données cliniques:

Elles sont classées en deux catégories :

+ **Données socio-démographiques** : concernent les variables suivantes :

- L'âge : variable exprimée en années et classes d'âge.
- Le sexe : variable dichotomique
- Le statut marital : variable qui a 3 attributs (célibataire, marié(e), divorcé(e)).

+ **Les facteurs cliniques** : comportent les variables suivantes :

- Les antécédents médicaux et chirurgicaux : hypertension artérielle, diabète, tabagisme, éthylisme, chirurgie....)
- Type de MICI (Crohn ou RCH)
- Symptomatologie clinique (syndrome sub-occlusif, koenig, rectorragies, syndrome rectal...).
- Durée de rémission
- Durée d'évolution
- Traitement médical et mode d'administration
- Traitement chirurgical
- Nombre d'hospitalisation
- Manifestations ano-périnéales
- Manifestations extradiigestives

4. Analyse des données :

4.1. Saisie des données :

La saisie, le codage ont été réalisés en utilisant l'Excel version 2016.

4.2. Analyse univariée :

Elle utilise la moyenne, l'écart type, la variance pour les variables quantitatives et les pourcentages pour les variables qualitatives.

4.3. Analyse bivariée :

L'analyse bivariée entre les variables dépendantes et les variables indépendantes a permis d'évaluer le retentissement des MICI sur la qualité de vie, et d'étudier les facteurs influant sur cet impact. Pour cela, nous avons utilisé le logiciel R version 3.5.1.

Le seuil de signification choisi était égal à 0,05.

4.4. Analyse multivariée :

Des analyses de régression linéaire multiple en utilisant la méthode pas à pas descendante.

RESULTATS

Le taux de réponse était de 100% avec une bonne acceptabilité par tous nos patients.

1. Description de la population cible

1.1. Nombre de patients :

Nous avons inclus 100 patients suivis en consultation de MICI.

1.2. Données socio-démographiques :

1.2.1. Age :

La moyenne d'âge des patients est de 41.61 ans avec des extrêmes allant de 19 à 68 ans. La tranche des patients âgés entre 19 et 40 ans représente 52%. Onze pourcent des cas sont âgés de plus de 60 ans.

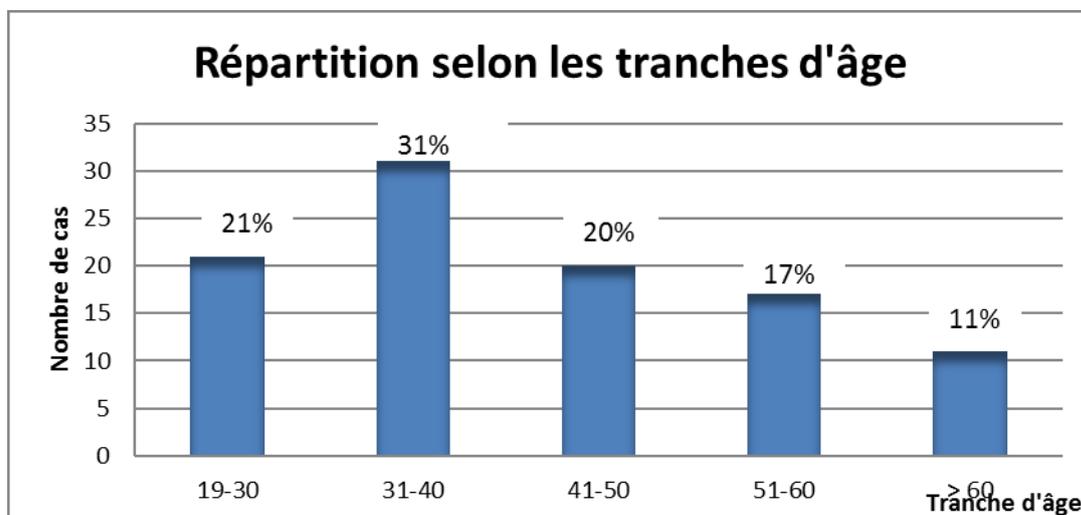


Figure 1: Répartition des cas selon la tranche d'âge

1.2.2. Sexe :

On note une prédominance féminine avec un sex-ratio de 1.63 (F/H). 62 patients sont des femmes et 38 sont des hommes.



Figure 2 : répartition selon le sexe

1.2.3. Statut marital :

22% sont célibataires, 64% marié(e)s, 13% divorcé(e)s et une patiente veuve.

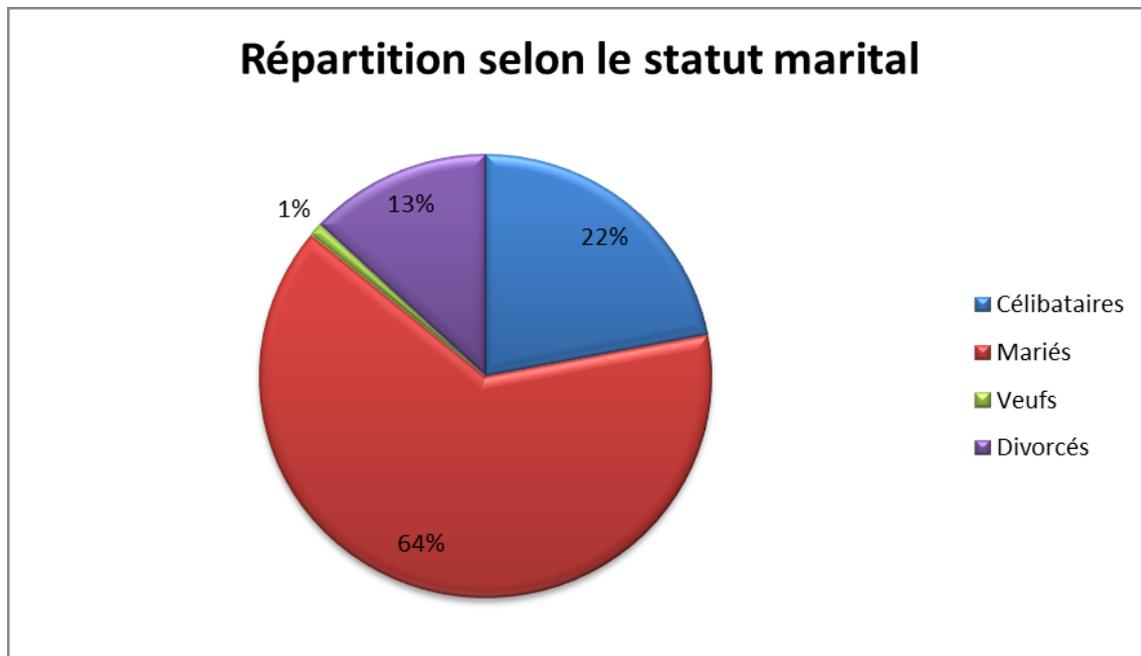


Figure 3 : répartition selon le statut marital

1.3. Antécédents :

Les antécédents retrouvés chez nos patients : le diabète chez 15% de nos patients, tabac et HTA chez 6% des cas, l'antécédent d'alcoolisme chez un seul patient. On remarque ; dans notre étude ; un taux faible des malades avec antécédents de diabète, HTA, diabète, tabac et alcool.

Nos patients n'avaient pas d'antécédents de chirurgie autre que la chirurgie de MICI.

1.4. Type de MICI et activités de la maladie :

Dans notre série :

- 76% de RCH.
- 24% de Crohn.

- 79% de patients étaient en poussée et 21% étaient en rémission.

Pour la maladie de Crohn, 9% des malades présentaient un syndrome de Koenig, 30% avaient des manifestations articulaires, 5 patients présentaient des lésions ano-périnéales, 2 patients avaient eu une résection iléo-caecale.

Pour la maladie de RCH, 39% avaient des rectorragies, 4 patients avaient bénéficiés d'une colectomie.

La durée moyenne de l'évolution de la maladie était de 6.29 ans. Tous nos patients étaient sous traitement. Dix-sept patients étaient sous biothérapie, 17% sous salicylés et 10% sous thiopurine seul. A noter, 55% recevaient des lavements et 17 % étaient sous traitement par voie injectable.

2. Facteurs associés à l'impact des maladies inflammatoires chroniques sur la qualité de vie :

2.1. Facteurs sociodémographiques :

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'âge et la qualité de vie dans sa composante physique et mentale. Les patients âgés ont un meilleur score.

Tableau 2 : Facteurs sociodémographiques associés à l'impact des MICI sur la QDV

Variables socio- démographiques	Score physique (PCS)			Score mental (MCS)		
	Moyenne écart type	± Taux de signification		Moyenne écart type	± Taux de signification	
Age :						
19–30ans	43.96±4.63			45.79±4.16		
31–40ans	43.36±5.53			49.08±5.23		
41–50ans	39.15±6.05	0.0079		47.68±3.86	0.0397	
51–60ans	40.60±2.88			48.96±5.20		
>60 ans	45.16±7.74			45.48±2.79		
Sexe : Femme	42.28±5.76	0.8444		48.44±4.94	0.0329	
Homme	42.51±5.65			46.47±4.03		
Statut marital :						
Célibataire	43.15±5.10			45.54±4.32		
Marié	42.42±6.30	0.5841		48.60±4.70	0.0417	
Divorcé	40.58±2.76			47.19±4.23		
Veuf	45.33±NA			43.20±NA		

Il existe un lien statistiquement significatif entre le sexe et la qualité de vie mentale. Les femmes ont une meilleure qualité de vie par rapport aux hommes.

2.2. Les antécédents :

Les résultats concernant l'association entre les antécédents et les scores de la QdV sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 3 : Les antécédents associés à l'impact des MICI sur la QdV

Antécédents	Score physique (PCS)		Score mental (MCS)	
	Moyenne±écart type	Taux de signification	Moyenne±écart type	Taux de signification
Diabète	40.90±4.92	0.235	48.73±6.12	0.470
HTA	45.39±9.00	0.426	50.69±7.46	0.346
Tabac	43.44±7.86	0.739	46.78±1.39	0.220
Alcool	56.55±NA	0.011	45.92±NA	0.706

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre les antécédents et la qualité de vie dans toutes ses composantes.

Ces résultats peuvent être expliqués par la taille réduite de notre échantillon.

2.3. Les facteurs cliniques :

Les résultats concernant l'association entre les facteurs cliniques et les scores de la QdV sont présentés dans le tableau suivant.

MESURES ET DETERMINANTS DE LA QUALITE DE VIE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES
INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN

Tableau 4 : Les facteurs cliniques associés à l'impact des MICI sur la QDV

Facteurs cliniques	Score physique (PCS)		Score mental (MCS)	
	Moyenne±écart type	Taux de signification	Moyenne±écart type	Taux de signification
Type de MICI : Crohn	44.37±7.36	0.1117	47.52±4.8	0.488
RCH	41.74±4.94		48.25±4.37	
Poussée : Oui	42.48±4.68	0.791	47.59±5.17	0.506
Non	41.96±8.62		48.08±2.09	
Koenig :	43.44±7.86	0.739	46.78±1.39	0.220
Syndrome rectal : Oui	42.63±4.79	0.585	46.74±4.13	0.012
Non	41.92±7.01		49.31±5.18	
Syndrome occlusif : Oui	41.56±4.50	0.552	47.52±4.80	0.903
Non	42.47±5.83		47.71±4.70	
Rectorragies : Oui	40.87±4.43	0.002	47.25±5.17	0.211
Non	44.72±6.63		48.38±3.79	
Manifestation extra digestive : Oui	42.57±4.27	0.760	48.05±4.84	0.545
Non	42.24±4.46		47.46±4.62	
Manifestation articulaire : Oui	42.93±4.73	0.478	47.54±4.83	0.837
Non	42.13±6.06		47.76±4.66	
Manifestations extraarticulaires :				
Non	42.44±5.98	0.920	47.76±4.57	0.871
Oculaires	41.63±3.79		47.60±6.64	
Dermatologiques	42.59±1.87		46.49±2.79	
Lésions anopérinéales (LAP) :				
Oui	42.39±2.2	0.989	51.58±4.13	0.159
Non	42.37±5.82		47.49±4.60	

Les deux facteurs cliniques influençant la qualité de vie étaient le syndrome rectal et les rectorragies.

Tableau 5 : Les facteurs thérapeutiques associés à l'impact des MICI sur la QdV

Facteurs thérapeutiques	Score physique (PCS)		Score mental (MCS)	
	Moyenne±écart type	Taux de signification	Moyenne±écart type	Taux de signification
Voie orale : Oui	42.49±5.95	0.220	47.50±4.69	0.240
Non	41.32±2.17		49.38±4.53	
Voie injectable : Oui	41.67±2.52	0.354	48.67±5.84	0.440
Non	42.51±6.14		47.49±4.43	
Lavement : Oui	41.19±4.34	0.027	47.65±4.64	0.926
Non	43.81±6.77		47.74±4.81	
Chirurgie : Oui	43.59±6.05	0.401	48.20±4.73	0.656
Non	42.15±5.63		47.60±4.70	
Type de chirurgie : Colectomie	40.80±3.48	0.168	46.90±4.84	0.769
Stomie : Oui	42.81±3.73	0.805	46.11±4.53	0.463
Non	42.35±5.78		47.77±4.71	

L'utilisation des lavements avaient un impact sur la composante physique de la qualité de vie. Les patients sous lavements avaient une mauvaise qualité de vie par rapport aux autres.

Par ailleurs, les autres voies d'administration de traitements, l'antécédents de chirurgie avec ou sans stomie n'avaient pas un impact sur la qualité de vie.

A noter que le nombre d'hospitalisation et la durée d'évolution n'étaient pas corrélés au score de la QdV (p= 0.171 et p=0.494).

3. L'étude multivariée :

3.1. Score PCS :

Dans notre série, les facteurs cliniques corrélés au score de la QdV sont :

- Le tabac avec un **p=0.013**. Les tabagiques avaient une mauvaise qualité de vie, 6 fois plus que les autres patients non tabagiques.
- Les patients présentant un syndrome rectal ou présentant des rectorragies : **p=0.006**
- Syndrome de Koenig avec un **p= 0.013**.
- Les patients sous salicylés avec un **p= 0.004**.
- Les patients utilisant des formes lavements : **p=0.009**.
- Les patients en rémission avaient une meilleure qualité de vie.

3.2. Score MCS :

Les facteurs influençant la qualité de vie mentale dans notre série :

- Les patients mariés avaient une meilleure qualité de vie par rapport aux autres.
- Le syndrome de Koenig, syndrome rectal et les lésions ano-périnéales avec un p significatif : **p= 0.005, p=0.008 et p=0.002**.
- Les patients sous lavements avaient une mauvaise qualité de vie, **p=0.023**.

Le nombre d'hospitalisation, la durée d'évolution, le type de MICI n'avaient pas d'impact significatif sur la QdV des patients atteints de MICI.

4. Comparaison de la QdV entre le groupe des patients et celui des témoins :

- Les analyses ont montré une différence statistiquement significative entre les scores des patients et ceux des témoins :
 - QdV chez les témoins (n= 100) : 47.69 ± 4.69 pour le PCS et 48.91 ± 4.78 pour le MCS.
 - QdV chez les patients atteints de MICI (n=100): 42.37 ± 5.69 pour le PCS et 43.87 ± 5.46 pour le MCS.
 - $p=0.049$

DISCUSSION

1. Concept de la qualité de vie en relation avec la santé :

Si la qualité de vie en relation avec la santé n'est qu'une partie de la qualité de vie dans son sens le plus général, elle n'en est pas moins fondamentale. On peut la définir comme étant l'ensemble des conditions en rapport avec l'état de santé qui diminuent le bien-être, les performances, qui interfèrent avec le rôle social et/ou qui altèrent le fonctionnement psychique du sujet. Le domaine de la santé donne lieu à un intérêt majeur et croissant de la communauté médicale.

Cet engouement relativement récent peut s'expliquer par des changements d'orientation de la pratique médicale dans les dernières décennies. L'essor de l'intérêt porté à la qualité de vie témoigne que la démarche physiopathologique « classique » trouve ses limites dans la prise en charge de certains états pathologiques. Dans ce cadre, les soins ont pour vocation de permettre au patient de vivre de la façon la plus confortable possible avec son état pathologique incurable. (14)

2. Intérêt de l'étude :

L'intérêt de notre étude prospective se résume dans les points suivants :

- ✓ Evaluer et comparer la qualité de vie chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin à un groupe témoin.
- ✓ Identifier les principaux facteurs sociodémographiques, et cliniques qui influencent la qualité de vie de nos malades (âge, sexe, situation familiale, antécédents et comorbidités, ancienneté de la maladie, présence de poussée ou non, type de la maladie (crohn ou RCH), durée de rémission, nombre d'hospitalisation, traitement reçu (chirurgical ou médical), Manifestations extradiigestives, Manifestations ano-périnéales.

3. Synthèse des résultats :

3.1. L'impact des MICI sur la QdV :

Une différence statistiquement significative a été retrouvée en terme de QdV, évaluée par le SF 12, chez les patients atteints de MICI par rapport au groupe témoin.

3.2. Les facteurs influençant l'impact des MICI sur la qualité de vie :

- Les facteurs influençant la qualité de vie chez les patients atteints de MICI ressortis dans notre étude sont : l'âge jeune, le sexe masculin, le tabac, les patients célibataires, la symptomatologie clinique (syndrome rectal et rectorragies), les manifestations ano-périnéales et l'utilisation des lavements
- Par contre, les antécédents d'alcoolisme, d'HTA, de diabète, le type de MICI, les poussées, l'antécédent de résection intestinale, les manifestations extradigestives, le traitement, le nombre d'hospitalisation et la durée d'évolution ne sont pas corrélés au score de la QdV chez les patients atteints de MICI.

4. L'impact des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sur la qualité de vie :

Les MICI ont un impact négatif sur la QdV liée à la santé des patients, quelle que soit la durée d'évolution de la maladie (15). Il est plus marqué dans la MC que dans la RCH et équivalent ou moins important par rapport à la plupart des autres pathologies médicales (16). Une étude réalisée chez des patients atteints de MC et de RCH (17) sur la base d'une part de la version espagnole de l'IBDQ et d'autre part

de l'EuroQol a montré la relation inverse existant entre le niveau de QdV et celui de la sévérité de la maladie. Elle confirme en cela les résultats de publications antérieures montrant des scores de QdV supérieurs dans les états de rémission ou de réponse aux traitements, que ce soit en cas de RCH ou de MC (18). Ainsi, Andersson et al ont trouvé des scores de QdV comparables à ceux de la population générale chez des patients en rémission de MC (19). Par ailleurs, si la QdV est améliorée en période post-opératoire immédiate, cet effet n'est pas maintenu à long terme (20).

Dans notre étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative du score de la qualité de vie globale entre MC et RCH.

5. Les facteurs cliniques associés à l'impact des MICI sur la

QDV :

Une équipe américaine (21) s'est intéressée à la recherche de facteurs prédictifs de l'altération de la QdV mesurée par le SF-36 et ses deux composantes évaluant respectivement le versant physique et mental. La sévérité de la MICI était le facteur prédictif le plus important pour les deux composantes. L'existence de pathologie cardiaque, articulaire, l'âge, l'anémie, l'hypertension étaient quant à eux des facteurs liés à l'altération de la composante physique ; l'âge, l'anxiété, et les céphalées à celle de la composante mentale du SF-36. Un travail similaire a été réalisé par une équipe scandinave chez des patients 5 ans après le diagnostic de MICI. Les symptômes de la maladie digestive, les manifestations articulaires et le sexe féminin avaient une influence significative sur l'altération de la QdV appréciée par l'IBDQ. On peut citer également le travail de l'équipe de Mussell qui a également mis en évidence l'influence du sexe féminin et de la notion de dépression sous-

jacente sur la QdV des patients appréciée cette fois par la RFIPC (22). La QdV des patients présentant une MICI semble être également altérée par l'incapacité de travail générée par la maladie (23). Chez les patients atteints d'une MICI, la prévalence de la fatigue est élevée ; Minderhoud et al. ont mis en évidence une corrélation négative entre le score de mesure de la fatigue et celui estimant la QdV par l'IBDQ (24). Un soutien social spécifique pour ces patients est en mesure d'améliorer les aspects émotionnels de la QdV (25). De nombreuses études évaluant des stratégies thérapeutiques ont inclus dans leurs critères de jugement la QdV. Il en est ainsi notamment pour l'infliximab dont les effets positifs sur la QdV des traitements d'induction et de maintenance ont été largement étudiés que ce soit dans la RCH (26) ou dans la MC (27) au moyen du SF-36 et de l'IBDQ.

Dans notre série, les facteurs associés aux scores de la QdV chez les patients atteints de MICI sont : l'âge jeune, le sexe masculin, le tabac, les patients non mariés, la symptomatologie clinique (syndrome rectal et rectorragies), les manifestations ano-périnéales et l'utilisation des lavements

Par contre, les antécédents d'alcoolisme, d'HTA, de diabète, le type de MICI, les poussées, l'antécédent de résection intestinale, les manifestations extradigestives, le traitement, le nombre d'hospitalisation et la durée d'évolution ne sont pas corrélés au score de la QdV chez les patients atteints de MICI.

6. Perspectives d'avenir :

Notre étude permettrait d'ouvrir les perspectives sur les points suivants :

- Sensibiliser les médecins traitants et gastro-entérologues sur l'impact de l'étude de la QdV chez les malades atteints de MICI, afin d'améliorer la prise en charge de ces patients en s'intéressant à la manière dont le patient perçoit et vit sa maladie afin de maintenir une bonne observance thérapeutique.
- Influencer les décisions politiques en matière de MICI et sensibiliser les autorités sanitaires aux impacts lourds des MICI, cela permettrait une meilleure stratégie de prise en charge diagnostique, d'information et de traitement.
- Assurer une prise en charge multidisciplinaire des MICI, incluant gastro-entérologue, chirurgien, psychiatre, réanimateur, sociologue, infirmier ...
- Encourager d'autres études utilisant les scores de QdV spécifiques aux MICI (IBDQ, RFIPC...).

CONCLUSION

La conception de la qualité de vie (QdV) fait l'objet de multiples investigations. La qualité de vie intègre une mosaïque de concepts qui reposent sur des notions souvent étudiées de manière composite dans les études. Il s'agit de celles relatives au bonheur, au bien-être subjectif et matériel ou encore au degré de satisfaction de vie.

L'évolution chronique éventuellement invalidante des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin nécessite une prise en compte du retentissement de la pathologie sur la vie quotidienne des malades.

Afin de pouvoir effectuer des études de qualité de vie chez les patients porteurs de MICI, il faut disposer d'instruments. Ceux-ci consistent en des questionnaires qui peuvent être générique (SF-36, SF-12, SIP...) et spécifiques (IBDQ, RFIPC...).

Dans notre étude, nous avons utilisé l'échelle générique : le SF-12.

Nos résultats montrent que les patients atteints de MICI rapportent une altération de la qualité de vie par rapport à la population générale que ça soit dans le score physique ou mental.

Dans notre série, les facteurs associés aux scores de la QdV chez les patients atteints de MICI sont : l'âge jeune, le sexe masculin, le tabac, les patients célibataires, la symptomatologie clinique (syndrome rectal et rectorragies), les manifestations ano-périnéales et l'utilisation des lavements.

Par contre, les antécédents d'alcoolisme, d'HTA, de diabète, le type de MICI, les poussées, l'antécédent de résection intestinale, les manifestations extradiigestives, le traitement, le nombre d'hospitalisation et la durée d'évolution ne sont pas corrélés au score de la QdV chez les patients atteints de MICI.

L'appréciation de la QdV des patients dans le cadre de leur prise en charge est devenue une dimension essentielle dans les démarches d'évaluation menée en santé publique. Il est donc nécessaire que les professionnels de santé connaissent les méthodes utilisées pour évaluer la QdV ainsi que leurs enjeux notamment en termes d'évaluation du caractère rentable d'une stratégie pour la collectivité.

RESUME

Résumé

Les MICI peuvent occasionner une altération majeure de la qualité de vie (QDV) avec une discordance importante entre le vécu de ces maladies et les indices d'activité clinico-biologique et endoscopique disponibles.

Nous cherchons à travers cette étude à mesurer la qualité de vie à l'ordre d'une échelle générique : Le SF-12 en arabe dialectal. Et à en identifier les déterminants chez les patients marocains atteints de MICI. Nous nous posons aussi la question sur le retentissement de la sévérité des symptômes sur la qualité de vie et les facteurs associés à la sévérité des symptômes chez cette population.

La qualité de vie des malades marocains ayant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, mesurée par le SF-12, est plus mauvaise que celle de la population témoin.

Dans notre série, les facteurs associés aux scores de la QDV chez les patients atteints de MICI sont : l'âge jeune, le sexe masculin, le tabac, les patients célibataires, la symptomatologie clinique (syndrome rectal et rectorragies), les manifestations ano-périnéales et l'utilisation des lavements.

D'autres facteurs comme, les antécédents d'alcoolisme, d'HTA, de diabète, le type de MICI, les poussées, l'antécédent de résection intestinale, les manifestations extradiigestives, le traitement, le nombre d'hospitalisation et la durée d'évolution ne sont pas corrélés au score de la QDV chez les patients atteints de MICI.

Ces résultats doivent faire sensibiliser toute personne (gastro-entérologue, psychologue, chirurgien, médecin traitant...) impliquée dans la prise en charge thérapeutique de ses patients.

ABSTRACT

The IBD can cause a major alteration of quality of life (QOL) with a significant discordance between the patient's experience with these diseases and the available index of clinico-biological and endoscopic activity.

Through this study we seek to measure quality of life on a generic scale: SF-12 in dialectal Arabic. And to identify the determinants in Moroccan patients with IBD. We also wonder about the severity of symptoms on quality of life and the factors associated with symptom severity in this population.

The quality of life of Moroccan patients with chronic inflammatory bowel disease, as measured by SF-12, is lower than that of the control population.

In our series, the factors associated with QOL scores in patients with IBD are: young age, males, tobacco, single status, clinical symptomatology (rectal syndrome and rectorrhages), ano-perineal manifestations, and enema use.

Other factors such as history of alcoholism, HTA, diabetes, type of IBD, the outbreaks of IBD, history of intestinal resection, extra digestive manifestations, treatment, number of hospitalizations and duration of progression are not correlated to the QOL score in IBD patients.

These results must make everyone (gastroenterologist, psychologist, surgeon, treating physician, etc.) involved in the therapeutic management of their patients aware of the results.

ANNEXES

SF12 (version arabe dialectale)

قرا هاذ المجموعة من التعليمات على الناس اللي كيشاركو.

التعليمات :

هاذا الإستطلاع غيسولك على رأيك فصحتك، هاذ المعلومات غتعاو ناباش نعر فو كيفاش كتحس و كيفاش قادر دير الأعمال ديالك العادية اليومية بشكل مزيان.

اختار الجواب اللي كيوصف الحالة ديالك أكثر

1- بصفة عامة واش تقدر تقول بللي صحتك

1 - مزيانة بزاف

2 - مزيانة

3 - مزيانة شوية

4 - مابهاش

5 - عيانة

2- هاذ الاسئلة خاصة بالأشغال اللي يمكلك تديرها فنهار عادي

واش صحتك داب كتمنعك من أنك تدير الأشغال؟ إلى كان الجواب إيه شحال؟

أ- واش صحتك كتمنعك تدير أعمال متوسطة (أشغال مصعبياش) بحال تحرك الطبلبة، تشطب، تمشي شوية؟

1- كتمنعني زاق

2- كتمنعني شوية

3- مكتمنعنيش نهائيا

ب- - واش صحتك كتمنعك تطلع مجموعة (شوية) ديال الدروج؟

1- كتمنعني زاق

2- كتمنعني شوية

3- مكتمنعنيش نهائيا

3- فهاذ الربعة ديال السيمانات اللي دازت، شحال من مرة وقع ليك شي واحد من هاذ المشاكل فالخدمة ديالك أو فالأشغال اليومية

بسباب صحتك؟

أ- درت الأشغال قل ملي موالف؟

1 - دائما

2 - أغلب المرات (أغلب النوبات)

3 - شي مرات

4 - قليل

5 - حتى مرة

ب- واش عندك صعوبت باش دير شي خدمات أو أشغال

1 دائما

2 أغلب المرات (أغلب النوبات)

3 شي مرات

4 قليل

5 حتى مرة

4- فهاد الربعة ديال السيمانات اللي دازت شحال من مرة وقع لك شي مشكل من هاذ المشاكل فخدمتك ولا فالأشغال ديك العادية (ديال ديما)

بسباب مشاكل نفسية (كتحس براسك مهموم أو مقلق)؟

أ- درت الأشغال قل ملي موالف؟

1 - دائما

2 - أغلب المرات (أغلب النوبات)

3 - شي مرات

4 - قليل

5 - حتى مرة

ب- درت خدمتك أو أشغالك بلا متركز بحال ديما؟

1 - دائما

2 - أغلب المرات (أغلب النوبات)

3 - شي مرات

4 - قليل

5 - حتى مرة

5- فهاذا الربعة ديال السيمانات اللي دازت شحال أثر عليك الحريق فالأشغال العادية ديك فقلب الدار ولا برا (خارج الدار)

- 1 - متأثرش عليك نهائيا
- 2 - أثر عليك غيشوية
- 3 - أثر عليك شوية
- 4 - أثر عليك شوية بزاف
- 5 - أثر عليك بزاف

6- هاذا الأسئلة خاصة بكيفاش كنت كتحس وكيفاش كنت داير فهاذا الربعة ديال السيمانات اللي دازت .

اختار عفاك الجواب اللي قريب لحالة ديك
شحال من مرة فهاذا الربعة ديال السيمانات اللي دازت؟
أ- كنت كتحس بالهناور اراحة البال؟

- 1 - دائما
- 2 - أغلب المرات (أغلب النوبات)
- 3 - شي مرات
- 4 - قليل
- 5 - حتى مرة

ب- كنت كتحس بيزاف النشاط (الحيوية)؟

- 1 - دائما
- 2 - أغلب المرات (أغلب النوبات)
- 3 - شي مرات
- 4 - قليل
- 5 - حتى مرة

ج- كنت كتحس بالنفسية ديك مهرة أو مهموم؟

- 1 - دائما
- 2 - أغلب المرات (أغلب النوبات)
- 3 - شي مرات
- 4 - قليل
- 5 - حتمرة

7- فهادالرربعةديال السيمانات اللي دازت شحال من مرة الحالة اديالك الصحية والنفسية أثر و عليك على الأنشطة الاجتماعية (بحال

تزرور وتمشي عند صحابك و حبابك)

1 - دائما

2 - أغلب المرات (أغلب النوبات)

3 - شي مرات

4 - قليل

5 - حتمرة

REFERENCES

- [1]. Gower-Rousseau, Vasseur F, Fumery M, Savoyec G, Salleron J, Dauchet L et al 2013. Epidemiology of inflammatoryboweldiseases: New insights from a French population-basedregistry (EPIMAD). Digestive and Liver Disease;45:89- 94.
- [2]. Colombel JF, Yazdanpanah Y, laurant F, Houcke P, Delas N, Marquis P. Qualité de vie dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Gastroentérol Clin et Biol 1996 ; 12 : 1071-1072.
- [3]. Moody GA, Mayberry JF. Quality of life :itsassessment in gastroenterology. Eur J GastroenterolHepato 1992; 4: 1025-30.
- [4]. Cella DF. Quality of life: concepts and definition pain and symptoms management, 1994; 9:186-192
- [5]. Alain Leplège, Joël Coste. Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications.2002;3:21
- [6]. A. Elkhadir et al. Qualité de vie et MICI. 2015
- [7]. Lahssoun M et al. (2005). Evaluation de l'impact de l'hépatite virale C sur la qualité de vie. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Médecine et de Pharmacie. Casablanca 1, 79p.
- [8]. Jaisson-Hot I, Nancey S, Guerre P, Colin C, Roblin X, Flourié B. MICI et qualité de vie. Hépto-Gastro. 2008 ; 15 : 49-54.
- [9]. Ivrine EJ, Feagan B, Rochan J, Archambault A, Fedorak RN, Groll A, et al. Quality of life: a valid and reliablemeasure of therapeuticefficacy in the treatment of inflammatoryboweldisease. *Gastroenterology* 1994; 106: 287-96.

- [10]. Agnès Bouletreau, Dominique Chouanière et al. Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple ; EUQOQUEST Service d'épidémiologie, INRS, Mai 1999 ; N ISSN 0397- 45-29
- [11]. Sehli H. Adaptation transculturelle du questionnaire SF12. 2009. Thèse de soutenance en médecine. Faculté de médecine de Fès.
- [12]. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-items short-form health survey (SF36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30 : 473-4
- [13]. Gandek B, Ware JE, Aeronson et al. Cross validation of item selection and scoring for the SF12 health survey in nine countries : results from the IQOLA project. International quality of life assessment. J Clin epidemiol 1998 ; 51 : 1171 - 1178
- [14]. M. Affane et Al. Etude de la qualité de vie des patients atteints de lupus érythémateux systémique. 2010. Thèse de soutenance en médecine. Faculté de médecine de Marrakech.
- [15]. Canavan C, Abrams KR, Hawthorne B, Drossman D, Mayberry JF. Long-term prognosis in Crohn's disease : factors that affect quality of life. Aliment Pharmacol Ther 2006 ; 23 : 377-85.
- [16]. Cohen RD. The quality of life in patients with Crohn's disease. Aliment Pharmacol Ther 2002 ; 16 : 1603-9.
- [17]. Casellas F, Arenas JI, Baudet JS, Fabregas S, Garcia N, Gelabert J, et al. Impairment of health related quality of life in patients with inflammatory bowel disease : a Spanish multicenter study. Inflamm Bowel Dis 2005 ; 11 : 488-96.

- [18].Reinisch W, Sandborn WJ, Bala M, Yan S, Feagan BG, Rutgeerts P, et al. Response and remission are associatedwithimprovedquality of life, employment and disabilitystatus, hoursworked, and productivity of patientswithulcerativecolitis. *InflammBowel Dis* 2007.
- [19].Lichtenstein GR, Yan S, Bala M, Hanauer S. Remission in patients withCrohn'sdiseaseisassociatedwithimproved in employment and quality of life and a decrease in hospitalizations and surgeries. *Am J Gastroenterol* 2004 ; 99 : 91-6.
- [20].Andersson P, Olaison G, Bendtsen P, Myrelid P, Sjödahl R. Healthrelatedquality of life in Crohn'sprotocolitisdoes not differfrom a general population when in remission. *Colorectal Disease* 2003 ; 5 : 56-62.
- [21].Pizzi LT, Weston CM, Goldfarb NI, Moretti D, Cobb N, Howell JB. Impact of chronic conditions on quality of life in patientswithinflammatoryboweldisease. *InflammBowel Dis* 2006 ; 12 : 47-52.
- [22].Mussell M, Bocker U, Nagel N, Singer MV. Predictorsofdiseaserelatedconcerns and other aspects of health-relatedquality of life in outpatientswithinflammatoryboweldisease. *Eur J GastroenterolHepatol* 2004 ; 16 : 1273-80.
- [23].Bernklev T, Jahnsen J, Henriksen M, Lygren I, Aadland E, Sauar J, et al. Relationship between sick live, unemployment, disability, and healthrelatedquality of life in patients withinflammatoryboweldisease. *InflammBowel Dis* 2006 ; 12 : 402-12.

- [24]. Minderhoud IM, Oldenburg B, Van Dam PS, Van Berge Henegouwen GP. High prevalence of fatigue in quiescent inflammatory bowel disease is not related to adrenocortical insufficiency. *Am J Gastroenterol* 2003 ; 98 : 1088–93.
- [25]. Oliveira S, Zaltman C, Elia C, Vargens R, Leal A, Barros R, et al. Quality of life measurement in patients with inflammatory bowel disease receiving social support. *Inflamm Bowel Dis* 2006
- [26]. Feagan BG, Reinisch W, Rytgeerts P, Sandborn WJ, Yan S, Eisenberg D, et al. The effects of infliximab on health-related quality of life in ulcerative colitis patients. *Am J Gastroenterol* 2007 ; 102 : 794–802.
- [27]. Feagan BG, Yan S, Bala M, Bao W, Lichtenstein GR. The effects of infliximab maintenance therapy on health-related quality of life. *Am J Gastroenterol* 2003; 98 : 2232–8.

