



Qualité de vie des patients MICI en médecine de ville

Mathieu Rimlinger

► To cite this version:

Mathieu Rimlinger. Qualité de vie des patients MICI en médecine de ville. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02089849

HAL Id: dumas-02089849

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02089849>

Submitted on 4 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Qualité de vie des patients MICI en médecine de ville

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 29 Octobre 2018

Par Monsieur Mathieu RIMLINGER nom d'usage OTTAWAY-RIMLINGER

Né le 23 janvier 1988 à Paris 17eme (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GRIMAUD Jean-Charles	Président
Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) BERBIS Julie	Assesseur
Madame le Docteur ALEMY-CARREAU Muriel	Directeur
Madame le Docteur ZEMOUR Florence	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiatisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Sclolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTÉY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEHGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUBE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAÏM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
 LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
 DANIEL Laurent (PU-PH)
 FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
 GARCIA Stéphane (PU-PH)
 XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
 GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
 LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
 MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
 SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
 BRUDER Nicolas (PU-PH)
 KERBAUL François (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
 MARTIN Claude (PU-PH) *Surnombre*
 MICHEL Fabrice (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)
 VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
 VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
 DRANCOURT Michel (PU-PH)
 FENOLLAR Florence (PU-PH)
 FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
 LA SCOLA Bernard (PU-PH)
 RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
 DUBOURG Grégory (MCU-PH)
 GOURIET Frédérique (MCU-PH)
 NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
 NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
 LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
 DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
 MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
 ENJALBERT Alain (PU-PH) *Surnombre*
 GABERT Jean (PU-PH)
 GUIEU Régis (PU-PH)
 OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
 FROMONOT Julien (MCU-PH)
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
 KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
 LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) *Surnombre*
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAÏM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLES Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

A Monsieur le Professeur Jean-Charles Grimaud, pour le grand honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury de thèse. Merci également pour vos conseils qui m'ont été d'une aide précieuse. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

A Monsieur le Professeur Sébastien Adnot et Madame le Docteur Julie Berbis qui me faites l'honneur de porter un intérêt à mon travail et de participer à mon jury.

A Madame le Docteur Muriel Alemy-Carreau qui a accepté d'être mon directeur de thèse. Le semestre durant lequel j'ai eu la chance de passer dans ton service a été l'un des plus marquants de mon internat. Je te remercie pour toute l'aide que tu m'as apportée pendant la réalisation de ma thèse.

A Madame le Docteur Florence Zemour, qui a accepté l'invitation à siéger dans mon jury. Je te remercie de ce semestre passé au sein de ton cabinet. Tu m'as donné le goût de l'exercice libéral.

A Monsieur Stéphane Moisset qui m'a aidé à la réalisation de mes statistiques. Votre aide m'a été extrêmement précieuse.

A Monsieur le Docteur Sevan Hotier pour son aide concernant l'utilisation du logiciel R et pour ses conseils.

A Messieurs les Docteurs Matthieu Le Besco et Guillaume Bougen. Merci de m'avoir autorisé à utiliser votre questionnaire IBDQ, et pour l'aide que vous m'avez apportée pour ma bibliographie.

A ma mère, Catherine. Merci d'avoir toujours été là et de m'avoir toujours supporté, au sens propre comme au figuré. Cette dizaine d'années d'études n'aurait pas été possible sans toi. Je t'aime maman.

A ma sœur Claire. Je suis très fier de toi, autant que tu l'es de moi.

Au Clan Ottaway : Arlette, Patrick, Virginie, Nohad, Alex, Stan, Charlotte. Merci pour votre soutien sans faille, surtout pendant mes moments de doute. Une pensée également à mon grand-père Philippe, qui nous a quitté trop tôt.

A mon père Silvain, à Deepika, Sarannath et Siddhartha. Malgré la distance vous avez été toujours présents.

A Jeanne. Merci pour ton amour et ton soutien, tu es ma plus belle rencontre. Je t'aime.

A Elodie, Stéphanie et Ismaa. Merci à vous pour ces supers moments passés avec vous dans la meilleure coloc' de Marseille. Vous me manquez !

A mes amis rencontrés pendant ces études : Noé, Toto, Pierre, Adéla, Michael, Sophie, Amédée, Elsa, Martin, Fanny, Arthur, Adrian, Vianney, Angélique, Elodie, Elise, Caro, Yidir, Pauline, Vincent, Charlotte... et tous les autres. Merci pour tous ces bons moments passés avec vous. Vous êtes les plus beaux !

Une pensée particulière à Vicou et Moref. La team event' est indestructible !

A mes amis d'enfance : Marion et Jean-Charles. Merci pour toutes ces années, et pour les prochaines à venir.

A toute l'équipe du 4^{ième} Sud de Salon. Merci pour votre aide et vos précieux conseils. Merci aux secrétaires du service Aurélie et Alex, pour le recueil de données. Ce travail n'aurait jamais pu voir le jour sans votre aide.

A tous les médecins qui ont pu croiser ma route, qui m'ont tant appris et qui m'ont donné envie de faire ce métier.

SOMMAIRE

I Introduction.....	1
1 Définition des maladies inflammatoires du colon et de l'intestin (MICI).....	1
2 Épidémiologie des maladies inflammatoires du colon et de l'intestin	2
3 Diagnostic des maladies inflammatoires du colon et de l'intestin	3
4 Traitement des maladies inflammatoires du colon et de l'intestin	5
a Maladie de Crohn (MC).....	5
b Rectocolite hémorragique (RCH)	7
c Effets secondaires des immunosuppresseurs	8
i Anti-TNF alpha.....	8
ii Thiopurines	9
5 Définition de la qualité de vie.....	10
a Concept de qualité de vie	10
b Pourquoi mesurer la qualité de vie ?.....	10
c Comment mesurer la qualité de vie ?.....	11
d Questionnaire IBDQ-FR.....	11
e MICI et qualité de vie	12
6 Objectifs de l'étude	12
II Matériel et Méthode	13
1 Déroulement de l'étude	13
2 Patients étudiés	14
3 Recueil de données	14
4 Outils utilisés	15
a Questionnaire IBDQ-32 FR	15
b Questionnaire médecin et gastro-entérologue traitant	15
5 Analyse statistique.....	16
III Résultats	17
1 Descriptif de la population	17
2 Score IBDQ-32 et score des sous-domaines.....	19
3 Analyse univariée du score IBDQ	24
4 Score des médecins traitants.....	26
5 Score du gastro-entérologue	28
6 Corrélation entre les gastro-entérologues et les médecins traitants.....	31

IV Discussion	32
1 Caractéristiques des patients.....	32
2 Score IBDQ-32 et facteurs influençants	33
a Sexe.....	33
b Pathologie	33
c Traitement	33
d Analyse univariée des sous-domaines	34
3 Évaluation par les professionnels de santé	34
4 Intérêt et limites de l'étude	35
V Conclusion.....	36
VI Bibliographie.....	38
VII Annexes	41
Annexe 1 : Questionnaire IBDQ-32 FR	41
Annexe 2 : Questionnaire Médecin Traitant / Gastro-Entérologue	50
VIII Abréviations	51

I. Introduction

1. Définition des maladies inflammatoires du colon et de l'intestin

La maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH) – deux maladies chroniques inflammatoires (MICI) en augmentation – résultent d'une réponse immunitaire inappropriée, chez des individus génétiquement prédisposés, à des antigènes microbiens de la flore commensale. Cette réponse inappropriée est favorisée par certains facteurs environnementaux, dont le mode de vie occidental, expliquant leur incidence en augmentation. Étant un dérèglement du système immunitaire, les maladies inflammatoires du colon et de l'intestin se manifestent principalement dans le tractus digestif mais peuvent toucher tous les organes du corps humain. Ainsi, pas seulement le gastro-entérologue, mais tous les cliniciens sont confrontés aux MICI (1).

La maladie de Crohn (ci-après « MC ») est une maladie inflammatoire chronique intestinale (ci-après « MICI ») pouvant toucher tout le tractus digestif. Décrite pour la première fois en 1932 par le gastro-entérologue américain Burrill Crohn, cette maladie se caractérise par des épisodes de diarrhée, faite de selles liquides (plus ou moins hémorragiques) et de douleurs abdominales associées ou non à des lésions ano-périnéales, des signes généraux (fièvre, asthénie, anorexie), des poussées d'aphtose (buccale ou génitale) ou d'érythème noueux (2)(3). La MC expose à des complications digestives en lien avec la progression des lésions anatomiques. D'après plusieurs études, 70 à 80% des patients avec une MC auront recours à une chirurgie digestive à 20 ans d'évolution (4). Les patients atteints de MC ont une mortalité légèrement supérieure à celle de la population générale. Elle a été estimée par Canavan & al. à 1,52 fois celle de la population générale (5).

La rectocolite hémorragique (ci-après « RCH ») est aussi une MICI. Décrite initialement sous le terme de « colite ulcéraire » par Samuel Wilks à Londres en 1859, la RCH touche toujours le rectum chez les adultes et s'étend de manière continue et rétrograde. Les lésions sont généralement diffuses et superficielles. Cette maladie est caractérisée par une diarrhée chronique (plus ou moins hémorragique) douloureuse et accompagnée fréquemment de glaires. Les patients souffrent aussi de ténésme, de colites expulsives et d'épreintes. Les manifestations extra-digestives sont principalement ostéo-articulaires (rhumatismes axiaux ou

périphériques, arthralgies...), hépatobiliaires (cholangite sclérosante primitive), oculaires (conjonctivites et uvéites), cutanés (érythème noueux, aphthose...) ou cancéreuse (cancer colorectal). Au cours de l'évolution de la maladie, l'extension proximale de l'inflammation se poursuit et après 20 ans d'évolution, environ 50% des patients auront une atteinte pancolique (3). La mortalité des patients atteints de RCH n'est globalement pas supérieure à celle de la population générale (6). La plupart des décès sont constatés en péri-opératoire chez des patients avec une maladie sévère (2).

Les MICI débutent le plus souvent chez le sujet jeune (pic de fréquence autour de 30 ans, et près de 10% des nouveaux cas sont des enfants) (2), mais elles peuvent aussi apparaître à tout âge de la vie. Leur évolution se fait par alternance de poussées inflammatoires et de périodes de rémission (7)(4).

Il n'y a pas de traitement curatif, mais les traitements actuels peuvent permettre un excellent contrôle de la maladie voire une rémission clinique, et améliorer la qualité de vie des patients. Cependant, les complications digestives telles que sténoses digestives, fistules, fissures anales, abcès, cancer, malnutrition, anémies, etc. ou extradiigestives telles qu'uvéites, thrombophlébites, etc. restent un problème (7).

La stratégie thérapeutique associe traitement symptomatique (antalgiques, antispasmodiques, antibiotiques...) avec ou non un traitement de fond (corticothérapie, 5ASA, immunosuppresseurs...). Le recours à la chirurgie reste important pour traiter les complications. On assiste aujourd'hui à l'explosion des biothérapies ciblant des molécules spécifiques de la réaction inflammatoire propre aux MICI.

2. Épidémiologie des maladies inflammatoires du colon et de l'intestin

Depuis dix ans, les MICI sont devenues un des nouveaux challenges de santé publique autour du monde. En Amérique du Nord et en Europe, 1,5 et 2 millions de personnes souffrent respectivement de ces maladies. Hors du monde occidental (c'est-à-dire des pays influencés par l'héritage culturel ouest européen, incluant les USA, le Canada, l'Australie, la Nouvelle Zélande et tous les pays d'Europe de l'ouest), le nombre d'individus affectés par les MICI reste incertain.

Traditionnellement perçues comme une maladie occidentale, l'épidémiologie des MICI est en train de changer autour du globe au tournant du 21^{ème} siècle pour devenir une

maladie globale, avec des incidences qui s'accroissent dans les pays nouvellement industrialisés d'Asie, d'Amérique du Sud et d'Afrique, où les sociétés d'occidentalisent.

La prévalence estimée continue d'augmenter en Amérique du Nord, dans beaucoup de pays européens, en Australie et en Nouvelle Zélande, ce qui traduit un important fardeau socio-économique des MICI (8).

En Europe, le gradient Nord (forte incidence) - Sud (faible incidence) semble s'effacer au profit d'un gradient Ouest-Est (9). Cette évolution reste à confirmer du fait du peu de données épidémiologiques encore disponibles en Europe de l'Est.

En France, les premières données d'incidence des MICI datent de la fin des années 1980. La France se caractérise en Europe par une incidence élevée de MC estimée à 6 et basse de RCH estimée à 4 alors que c'est l'inverse dans la plupart des autres pays européens. Les incidences sont similaires dans l'ensemble des régions, à l'exception notable de la Haute-Garonne où l'incidence de la MC est plus basse que celle de la RCH. À partir des chiffres d'incidence, on peut estimer la prévalence de la MC en France autour de 100 et celle de la RCH à 60 (10). En 2015, l'Assurance Maladie estimait d'après les registres SNIIRAM que 212 700 personnes étaient atteintes d'une MICI en France, dont 55% de femmes. Les âges moyens et médians sont de 48 ans. La part des personnes âgées de plus de 75 ans est de 8% dont 57% de femmes (11).

Sur le plan national, dans une étude effectuée à partir des données de la CNAM (fichier des Affections de Longue Durée) en 2000, une hétérogénéité de l'incidence de la MC a déjà été rapportée, représentée surtout par gradient Nord-Sud (12,13).

3. Diagnostic

La suspicion d'une MICI débutante se fait généralement lors d'une poussée clinique, souvent par les médecins généralistes libéraux ou les hépato-gastro-entérologues libéraux.

Le registre EPIMAD estime en 2012 que 80% des diagnostics de nouveaux cas de MICI sont faits par les gastro-entérologues exerçant en milieu libéral, 13% par les gastro-entérologues exerçant dans les hôpitaux généraux et 7% par ceux exerçant dans les services spécialisés des hôpitaux universitaires (12).

Le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, radiologiques, endoscopiques et anatomopathologiques (14,15), synthétisé dans la réactualisation des recommandations de l'European Crohn and Colitis Organisation en 2016 (16,17)

Les examens biologiques (NFS, CRP, VS) sont peu spécifiques et mettent en évidence une anémie ferriprive et un syndrome inflammatoire biologique avec augmentation de la CRP, de la vitesse de sédimentation et des plaquettes. On peut constater aussi une hypoalbuminémie et une hypovitaminose, témoins d'une entéropathie exsudative ou d'une dénutrition chronique. La calprotectine fécale est un bon témoin de l'inflammation aigüe de la muqueuse digestive. Malgré ses performances excellentes, il est compliqué aujourd'hui de généraliser la prescription de cet examen compte tenu de l'absence de remboursement (coût d'environ 60 euros) (18).

Cependant, aucun de ces examens n'est spécifique de la maladie et ne permet pas de différencier une poussée aigüe de MICI avec une diarrhée infectieuse aigüe. L'analyse des selles par coproculture, avec notamment une recherche de *Clostridium Difficile* et analyses sanguines avec notamment sérologies ou PCR à la recherche d'une infection à CMV, est recommandée en complément du bilan sanguin initial.

Lorsque la clinique, le bilan sanguin et des selles font suspecter une MICI, le patient doit être adressé à un gastro-entérologue pour compléter le bilan par endoscopie et imagerie.

Le type d'endoscopie est dépendante de la MICI suspectée. En effet, en cas de suspicion de RCH où l'atteinte rectale est systématique et la progression ascendante, il est recommandé de réaliser une sigmoïdoscopie ou une coloscopie souple en première intention avec biopsies étagées. Endoscopiquement, l'aspect le plus fréquent est une colite ulcéraire continue, confluyente, avec une atteinte rectale. Une muqueuse friable et saignante, associée à l'étendue des ulcérations, sont un indicateur de sévérité. Au niveau anatomopathologique, les biopsies montrent modification architecturale continue et une atrophie de la muqueuse, associée à une inflammation active, diffuse et transmuqueuse avec un infiltrat plasmocytaire des cryptes (17).

En cas de suspicion de MC, où l'atteinte peut être diffuse et sur tout le tractus digestif, il est recommandé de réaliser une iléo-coloscopie avec biopsies de l'iléon terminal systématique. Il est recommandé d'y associer une fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD) à la recherche de lésions hautes notamment gastrique ou duodénale. L'aspect endoscopique est une distribution discontinue de l'inflammation avec une alternance de zones saines et de zones

atteintes. Le rectum est souvent épargné et l'atteinte circonférentielle est rare. Des ulcères profonds ou diffus sont des indices de sévérités. Sur le plan anatomopathologique, les biopsies montrent des lésions inflammatoires focales et chroniques, avec des intervalles de muqueuse saine, associées à des irrégularités cryptiques et des granulomes. Du fait de l'atteinte diffuse, un complément par imagerie est indiqué afin d'évaluer l'étendue des lésions ainsi que les complications (sténoses, fistules...). L'entéro-IRM, le scanner abdomino-pelvien et l'échographie abdominale sont les examens avec la plus haute précision disponible. Ils peuvent être complétés par une vidéo-capsule digestive lorsque la présomption clinique est forte et si les explorations endoscopiques et d'imagerie sont négatives, avec une forte valeur prédictive négative (16).

L'analyse des éléments cliniques, biologiques, endoscopiques et d'imagerie permet de poser le diagnostic et d'évaluer le stade de sévérité de la maladie. Le traitement sera proposé en fonction de ces résultats.

4. Traitements

La stratégie thérapeutique consiste à obtenir la rémission des signes cliniques de la maladie, l'absence de progression des lésions intestinales et la prévention des complications, afin d'améliorer globalement la qualité de vie du patient. Différents traitements existent et seront administrés en fonction de l'activité (score CDAI ou indice de Harvey-Bradshaw pour l'activité de la MC, critères de Truelove & Witts pour la RCH) de la maladie, de sa sévérité, de la présence de complications ou non et de la compliance du patient.

a. Maladie de Crohn (MC)(7,15,16)

i. MC faiblement active

On considère deux formes cliniques selon la localisation : la forme iléocaecale et la forme colique. Le traitement initial dépend de la localisation.

Dans les formes iléocæcales faiblement actives, il est recommandé en première ligne un traitement par budesonide (*Entocort®*). Ce traitement est supérieur au traitement par placebo (RR = 1,93 ; IC95 = 1,37-2,73). Malgré le fait qu'il soit moins efficace que la corticothérapie conventionnelle (RR = 0,85 ; IC95 = 0,75-0,95), il présente moins d'effets secondaires (RR = 0,64 ; IC95 = 0,54-0,76)(16). Il n'est pas recommandé de poursuivre le traitement initial en cas de bonne réponse.

Dans les formes coliques faiblement actives, le traitement initial repose soit sur la corticothérapie conventionnelle, soit sur les 5-aminosalicylés (5-ASA). Il n'est pas recommandé de poursuivre le traitement initial en cas de bonne réponse.

En cas d'échec du traitement initial, ou en cas de cortico-dépendance, il est recommandé de débiter un traitement par thiopurines, qui sera poursuivi comme traitement de fond en cas de bonne réponse.

L'échec du traitement par thiopurines doit faire reconsidérer la sévérité de la maladie.

Il est à noter que les anti-TNF alpha n'ont pas l'AMM dans le traitement des formes faiblement actives.

ii. MC modérément active non compliquée, sans facteurs de mauvais pronostic

Il est recommandé de débiter en première ligne par du budesonide. En cas de bonne réponse, il n'est pas nécessaire de poursuivre le traitement en entretien, mais une surveillance est indiquée. En cas d'absence de réponse, la corticothérapie conventionnelle systémique est recommandée.

En cas de cortico-dépendance, il est recommandé de débiter un traitement par thiopurines qui devra être poursuivi comme traitement de fond.

En cas d'échec des thiopurines, d'intolérance aux corticoïdes ou de cortico-résistance, il est recommandé de débiter un traitement par anti-TNF alpha (infliximab), qui devra être poursuivi comme traitement de fond en cas de bonne réponse.

iii. MC modérément active non compliquée avec facteurs de mauvais pronostic

Les facteurs de mauvais pronostic sont :

- une atteinte du haut de l'appareil gastro-intestinal ;
- une atteinte du petit intestin ;
- des lésions iléales sévères ;
- des lésions rectales sévères ;
- des lésions péri-anales ;
- des lésions à type d'ulcères étendus et/ou profonds ;
- un jeune âge au moment du diagnostic.

La première ligne de traitement consiste en une corticothérapie systémique, avec un relais par des thiopurines en traitement de fond.

En cas de cortico-résistance ou d'intolérance aux corticoïdes, il est recommandé d'introduire un traitement par anti-TNF alpha qui sera poursuivi au long cours.

iv. MC sévère non compliquée

Dans cette situation, le traitement d'induction consiste en une corticothérapie systémique. En cas de réponse au traitement, un relais par des thiopurines est recommandé.

En cas d'intolérance aux corticoïdes, de cortico-résistance ou de cortico-dépendance, il est recommandé de débiter un traitement par anti-TNF alpha.

Le traitement de fond sera poursuivi au long cours.

v. Place de la chirurgie

En cas de complication de la MC telle que sténoses digestives, fistules ou abcès, le traitement médical est associé à une prise en charge chirurgicale (drainage, exérèse...).

L'intervention chirurgicale place d'emblée le patient à un stade de sévérité où le traitement de fond est réévalué et où les anti-TNF alpha ont toute leur place.

b. Rectocolite hémorragique (RCH)(14,19,20)

i. Proctite isolée.

En cas de maladie localisée au rectum, faiblement ou modérément sévère, le traitement repos sur les acides 5-aminosalicylés (5-ASA) locaux, sous forme de suppositoires.

Deux méta-analyses ont montré la supériorité des 5-ASA topiques vis-à-vis des corticoïdes topiques pour obtenir la rémission clinique, histologique et endoscopique (21).

En cas de non réponse, l'association à une corticothérapie systémique peut être proposé.

ii. RCH localisée au colon gauche

Les atteintes localisées au colon gauche, de faible à modérément sévères, sont traitées par 5-ASA topiques (lavements) associés à une forme orale (mesalamine). En cas de réponse incomplète, l'association entre 5-ASA en lavements et corticothérapie systémique peut être proposée.

Les formes cortico-dépendantes nécessitent un traitement de fond par thiopurines ou anti-TNF alpha.

iii. RCH étendue

L'association entre les formes orales et lavements des 5-ASA est recommandée en première ligne pour les formes faiblement à modérément sévères. En cas de réponse incomplète, il est recommandé d'associer les 5-ASA sous forme de lavements à une corticothérapie systémique.

Les formes cortico-dépendantes nécessitent un traitement de fond par thiopurines ou anti-TNF alpha.

iv. RCH sévère

L'hospitalisation est indiquée en cas de poussée sévère.

Le traitement de première ligne est une corticothérapie parentérale. En cas de non réponse rapide à cette première ligne, il est recommandé de débiter un traitement immunosuppresseur.

En cas de mauvais pronostic ou de non réponse à l'immunothérapie, la prise en charge chirurgicale est indispensable. Elle repose principalement sur la colectomie associée à la pose d'une stomie de décharge.

Un traitement de fond par thiopurines ou anti-TNF alpha doit être associé afin de maintenir une rémission sur le long terme.

c. Effets secondaires et surveillance des immunosuppresseurs.

i. Anti-TNF alpha et anti-interleukines.

Deux risques majeurs sont à surveiller chez tout patient sous anticorps monoclonaux : infectieux et tumoral. Le médecin généraliste est en première ligne pour le suivi régulier des patients en ville.

Le risque infectieux est dominé par les germes intracellulaires (tuberculose, légionellose)(22). Dans le bilan pré-thérapeutique, il est recommandé de réaliser un dépistage systématique de la tuberculose par une radiographie thoracique associé à un dosage du Quantiféron®. Un dosage des sérologies virales pour l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH est aussi indiqué, ainsi qu'une réévaluation du statu vaccinal associé à un rattrapage si besoin,

notamment contre le pneumocoque. La mise sous traitement contre indique la réalisation de vaccins vivants atténués.(23)

Toute fièvre chez un patiente traité par anti-TNF alpha nécessite une consultation médicale en urgence.(24)

Le risque tumoral concerne aussi bien les tumeurs solides que les lymphomes.

Dans le bilan pré-thérapeutique, il est indispensable de connaître le statu carcinologique du patient, et l'adresser à un spécialiste en cas d'antécédent de néoplasie afin d'évaluer la possibilité d'instaurer le traitement.

La surveillance carcinologique face à ce risque néoplasique inclus un examen clinique régulier du tégument (25) et des aires ganglionnaires. Il n'y a pas de consensus sur la surveillance biologique à réaliser, mais il est recommandé de faire régulièrement une NFS (dépistage des lymphomes et des rares cas de cytopénies iatrogéniques) ainsi qu'un bilan hépatique (surveillance du faible risque d'hépatite cytolytique iatrogénique) (24).

Actuellement, les traitements anti-interleukines que sont le vedolizumab (Entivyo®) et l'ustekinumab (Stelara®) sont réservés aux formes résistantes aux anti-TNF alpha (26).

ii. Thiopurines.

Les effets secondaires sont dominés par une myélotoxicité, notamment des lignées érythrocytaires (augmentation du VGM) et lymphocytaires (leucopénies).

Il existe une possibilité d'atteinte hépato-pancréatique avec la survenue d'hépatites cholestatiques et de pancréatites aiguës, principalement en début de traitement.

Un risque de lymphome a été décrit, mais reste difficile à évaluer dans le cadre des MICI du fait qu'elles sont associées, indépendamment des traitements reçus, à un risque accru de développer un lymphome ou un cancer (27).

Il n'y a pas de consensus sur la surveillance clinique ou biologique à adopter, mais un examen clinique régulier des téguments et des aires ganglionnaires, associé à un contrôle de la NFS est recommandé.

5. Définition de la qualité de vie

a. Concept de qualité de vie

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé a complété la définition du mot « santé » comme n'étant pas seulement l'absence de maladie mais également l'association du bien-être physique, mental et social. Depuis cette date, la qualité de vie (ci-après « QDV ») s'est intégrée progressivement au concept de santé (28). Il n'existe pas de définition précise de la QDV. En effet, définir simplement cette entité pose problème puisque les définitions n'ont fait qu'évoluer au cours des dernières décennies. L'OMS en 1993 a défini la QDV comme étant « *la perception qu'a l'individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* » (29). L'OMS distingue six domaines qui permettent d'éclairer la QDV. Il s'agit des domaines physiques, psychologiques, indépendance de la personne, relations sociales, environnement, spiritualité et croyances personnelles. Lorsque l'étude de la QDV est restreinte aux effets induits par l'état de santé, on parle alors de « QDV liée à la santé » (Health related quality of life ou HRQOL). La QDV liée à la santé constitue un concept multidimensionnel incluant plusieurs facteurs relatifs au bien-être et à la capacité fonctionnelle envisagée, soit dans la perspective subjective du malade, soit dans celle des proches et/ou professionnels de la santé. Ces facteurs sont de nature physique, mentale, émotionnelle, sociale et pour certains, relatifs aux comportements liés à la maladie. L'évaluation de la HRQOL dans un contexte de maladie chronique prend en compte les domaines psychologique et physique, les effets du traitement et les conséquences de la maladie sur la vie sociale du patient(18).

b. Pourquoi mesurer la qualité de vie ?

Au départ, on évaluait l'impact d'une maladie en utilisant les scores d'activité de la maladie (score CDAI ou indice de Harvey-Bradshaw pour l'activité de la MC, critères de Truelove & Witts pour la RCH), le nombre d'hospitalisation, le nombre d'infections ... Or, ces données essentiellement objectives permettaient d'avoir des informations sur la morbidité et la mortalité de la maladie mais en oubliant toutes les données subjectives liées au patient et faisant pourtant parties essentielles de la prise en charge de celui-ci (30). Évaluer la QDV liée

à la santé représente une perspective innovante permettant d'orienter les jugements et les choix médicaux et thérapeutiques tant individuels que collectifs (31).

c. Comment mesurer la qualité de vie ?

Dans la littérature relative à l'évaluation de la QDV et de la HRQOL, deux types d'outils sont distingués : les outils génériques et les outils spécifiques. Les échelles génériques s'adressent à tout individu qu'il soit en bonne santé ou non et permettent des comparaisons entre des individus sains et malades, des groupes différents sur les plans démographique ou culturel et explorent les aspects physiques, sociaux et mentaux liés à la santé (32). Comme exemple d'outil générique, il existe le questionnaire Short-Form 36 (SF-36) chez l'adulte (33). Ces questionnaires ont été établis pour être utilisés chez des groupes d'individus sans maladie particulière définie, avec des valeurs pouvant être applicables dans les populations saines. Mais ces échelles génériques sont susceptibles de ne pas aborder des aspects spécifiques de la maladie qui sont pourtant cliniquement pertinents. Ainsi, Bernklev et al. montrent que le SF-36 est peu sensible aux changements d'états ressentis par les patients présentant des MICI (34).

Les outils spécifiques sont plus sensibles et permettent d'évaluer l'impact d'une maladie précise sur la QDV. Actuellement, un grand nombre d'outils de mesure de la QDV spécifique aux MICI ont été développés et validés. Ces outils ont été utilisés pour objectiver la compréhension que les patients ont de leurs symptômes et la perception subjective qu'ils ont de leur maladie en pratique clinique. Ils ont aussi été utilisés pour comparer l'efficacité de stratégies thérapeutiques et pour améliorer les politiques de santé (35).

Qu'il s'agisse d'un outil spécifique ou générique, le questionnaire de HRQOL doit répondre à des critères psychométriques bien définis par Bernklev : sensibilité (est-ce que l'outil a du sens et est-il facile à administrer et compléter ?), fiabilité (est-ce qu'on obtient des scores similaires sur des évaluations consécutives si aucun changement sur la maladie n'est survenu ?), validité (est-ce que l'outil mesure ce qui est destiné à être mesuré ?) et réactivité (est-ce que le score change en cas de changement de statut dans la maladie ?).

d. Le questionnaire IBDQ-32

A la fin des années 1980, Guyatt et al. présentaient le premier questionnaire de qualité de vie spécifique aux patients atteints de MICI, l'Inflammatory Bowel Disease Questionnaire

(IBDQ). Composé de 32 questions, il explore 4 domaines de QDV : physique, incluant des symptômes généraux et des symptômes liés à la MICI (15 questions), émotionnel (12 questions) et social (5 questions). Le questionnaire peut être rempli par le patient lui-même et porte sur les symptômes des deux dernières semaines. La réponse à chaque question est faite par une échelle de gradation à 7 niveau, allant de l'état le plus invalidant (1 point) à l'état le moins invalidant (7 points). Le score ainsi obtenu va de 32 à 224 (36). La principale limite de l'IBDQ-32 est qu'il évalue la qualité de vie, une donnée par définition subjective (37). Ce questionnaire est le plus utilisé actuellement dans les publications, est validé et traduit dans de nombreuses langues dont le français (35).

e. MICI et qualité de vie

On sait maintenant que la QDV des patients atteints de MICI est moins bonne que dans la population générale (38). Une MICI active entraîne une altération de leur QDV (39). La maladie, à cause de ses symptômes et des traitements va avoir des conséquences dans différents domaines de la vie du patient : asthénie (40), souffrances psychologiques (41,42), bouleversement de l'organisation familiale (43) et répercussions professionnelles en raison de l'absentéisme engendré par la MICI (44). Le coût pour la société engendré par cette diminution de la QDV est important et continuera de croître avec le vieillissement de la population (45–47).

Le rôle du médecin traitant et du gastro-entérologue est de trouver le meilleur traitement adapté pour maîtriser la maladie mais sans oublier la vie quotidienne du patient. L'enjeu majeur aujourd'hui est donc que ces patients aient une MICI en rémission avec une QDV identique à la population saine.

6. Objectif de l'étude

De nombreuses études existent évaluant la qualité de vie des patients atteints de MICI, notamment en France (31,39,48), mais la plupart sont réalisées dans un cadre hospitalier. Une étude à ce jour évalue la qualité de vie des patients atteints de MICI et la compare au ressenti du gastro-entérologue traitant (30), mais cette étude est internationale et multicentrique et n'inclus que des patients avec une atteinte modérée à sévère. A ce jour, il n'existe aucune étude comparant la qualité de vie des patients ambulatoires atteints de MICI avec le ressenti du médecin traitant.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la qualité de vie de patients atteints de MICI suivis en ville en France avec un questionnaire validé.

L'objectif secondaire sera de comparer le score de qualité de vie obtenu avec le ressenti du médecin traitant et du gastro-entérologue traitant.

II. Matériel et Méthode

1. Déroulement de l'étude

Nous avons décidé de nous concentrer sur un bassin de population. Le Service d'hépto-gastro-entérologie du CH de Salon-de-Provence a été sollicité et a accepté de participer à l'étude.

Les inclusions ont duré un mois, du 1^{er} mars au 1^{er} avril 2018, auprès des patients suivis en ambulatoire par le service.

Le questionnaire IBDQ-32 FR a été remis au service participant. Il acceptait d'informer les patients lors d'une consultation ou par téléphone et de recueillir leur consentement. Le questionnaire leur était envoyé par courrier, avec une enveloppe pré-affranchie pour renvoyer le questionnaire une fois rempli. Le patient devait répondre au questionnaire sans l'aide de son médecin ou gastro-entérologue traitant.

Le questionnaire Gastro-entérologue Traitant était remis au médecin renseigné sur le dossier médical du patient.

Le questionnaire Médecin Traitant était envoyé par courrier au médecin traitant renseigné sur le dossier médical du patient, avec une enveloppe pré-affranchie pour renvoyer le questionnaire une fois rempli.

Les questionnaires Gastro-entérologue Traitant et Médecin Traitant pouvaient être complétés, ou non, au décours d'une consultation avec le patient.

Les questionnaires une fois remplis étaient remis au promoteur de l'étude.

2. Patients étudiés

Les critères d'inclusion étaient :

- Age supérieur à 18 ans ;
- Patients suivis en consultation ou en hôpital de jour ;
- Diagnostiqués avec une MICI : RCH, MC ou MICI indéterminée ; et
- Suivi dans la région salonnaise.

Les critères d'exclusion étaient :

- Questionnaire incomplet ;
- Questionnaire non rendu ;
- Questionnaire rendu hors délai ;
- Patient hospitalisé en cours d'étude.

L'étude de Rubin & al. incluait 68 patients ; nous nous sommes arbitrairement fixés d'en inclure autant.

3. Recueil des données

Pour chaque patient, les données fournies par le gastro-entérologue traitant concernant : le nom, l'âge, le sexe, le diagnostic de MICI (RCH, MC, indéterminée), l'antécédent de chirurgie en lien avec la pathologie, le traitement actuel (corticothérapie, 5-ASA, immunosuppresseurs, biothérapie), son médecin traitant et son gastro-entérologue traitant.

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale le 28 mai 2018 aux patients, médecins traitants et gastro-entérologue traitant.

La période d'inclusion des questionnaires rendus par voie postale s'est déroulée du 1^{er} juin au 2 juillet 2018.

4. Outils utilisés

a. Questionnaire IBDQ-32 FR

Après obtention de l'accord du service de Gastro-entérologie du CHU de Rennes, nous avons utilisé la version française du questionnaire IBDQ-32 qui a été validé chez l'adulte atteint de MICI. Le questionnaire est composé de 32 questions réparties en 4 différents sous-domaines : symptômes physiques en lien avec la MICI (10 questions), symptômes physiques généraux (5 questions), fonctionnement émotionnel (12 questions) et fonctionnement social (5 questions). Chaque question a une réponse avec une échelle gradée de 1 à 7, 1 étant le score le moins bon, 7 le meilleur score. L'addition des différents scores permet d'obtenir le score total, allant de 32 (moins bon score) à 224 (meilleur score). Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie. Le résultat de ce questionnaire est corrélé à l'activité de la maladie (33). Différentes études proposent un score de 168 pour définir la rémission selon le score CDAI pour les MC, et un score de 205 pour définir la rémission selon le patient (49).

b. Questionnaire médecin et gastro-entérologue traitant

Aucun outil standardisé suffisamment simple et rapide n'existe pour évaluer le ressenti de la qualité de vie du patient du point de vue du praticien dans le cadre limité d'une consultation.

Pour cette étude, nous avons réalisé un questionnaire comportant 5 questions, avec une échelle de réponse allant de 1 à 5 pour chaque item : « très insatisfaisant », « insatisfaisant », « ni satisfaisant, ni insatisfaisant », « satisfaisant », « très satisfaisant ». La première question permettait d'évaluer la qualité de vie globale du patient. Les 4 suivantes permettaient d'évaluer les 4 domaines de la qualité de vie tels que rapportés dans le questionnaire IBDQ-32 : symptômes physiques en lien avec la MICI, symptômes physiques généraux, fonctionnement émotionnel et psychologique, fonctionnement social.

En additionnant les points, nous obtenons un score allant de 5 à 25. Plus le score est haut, plus la qualité de vie est considérée arbitrairement comme bonne.

5. Analyse statistique

Afin d'assurer le maximum d'homogénéité, toutes les données ont été saisies par un seul et même observateur.

En préalable des analyses sur les scores IBDQ et les scores calculés sur les quatre dimensions, des tests de Cronbach ont été effectués sur les réponses aux blocs de questions relatifs à ces dimensions afin d'évaluer leur cohérence qui s'exprime à travers le coefficient alpha. Il est préférable que ces coefficients alpha soient supérieurs à 0,7.

L'analyse des facteurs pouvant impacter sur le score IBDQ a été effectuée par des régressions linéaires simples, avec en complément des analyses de variances (ANOVA) pour les variables qualitatives ayant plus de 3 modalités (exemple Classe T). Les résultats sont traduits en termes de différence estimées avec leurs intervalles de confiance de 95%.

Les associations entre le score IBDQ et les évaluations des médecins traitants et gastro-entérologue ont été étudiées avec des tests paramétriques de corrélation de Pearson permettant d'estimer le coefficient « r ». Ces mêmes analyses ont été effectuées sur les quatre dimensions avec leur équivalent non-paramétrique, le test de rang de Spearman, du fait de la nature discrète des notations des médecins traitants et du gastro-entérologue, ainsi que pour analyser le lien entre les évaluations des spécialistes.

Enfin, des analyses comparatives en fonction de si, oui ou non, les patients étaient considérés en rémission ont été réalisées sur chaque question et dimension, les scores étant synthétisés par leurs médianes, écarts minimal – maximal et quartiles, accompagné de tests de Mann-Whitney pour vérifier s'il existe une différence statistique entre les deux groupes.

Les analyses statistiques et graphiques ont été effectués sur R v3.5.1, avec les bibliothèques 'psy' et 'ggplot2'.

III. Résultats

1. Descriptif de la population

Une liste de 68 patients répondants aux critères d'inclusion a été constituée par le CH de Salon-de-Provence. Le questionnaire IBDQ-32 accompagné d'une lettre explicative leur ont été envoyés par courrier. Un courrier adressé à leur médecin traitant ainsi qu'au gastro-entérologue traitant a aussi été envoyé avec le questionnaire correspondant.

Sur les 68 patients inclus, 48 ont retourné le questionnaire. 18 patient n'ont pas renvoyé le questionnaire, et 2 personnes ont renvoyé un questionnaire incomplètement rempli.

Le **tableau 1** résume les caractéristiques de la population ainsi étudiée.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

	N (%) ou médiane [25^{ème} – 75^{ème} percentile]
Age (années) :	43,5 [35 - 51]
Sexe (n=48) :	
- Homme	15 (31,2%)
- Femme	33 (68,8%)
Pathologie (n=48) :	
- MC	25 (52,1%)
- RCH	23 (47,9%)
Traitement (n=48) :	
- Aucun	3 (6,3%)
- CCT	2 (4,2%)
- 5ASA	16 (33,3%)
- Anti TNFa	17 (35,4%)
- Ac Monoclonal*	10 (20,8%)
Antécédent de chirurgie (n = 48) :	
- Oui	16 (33,3%)
- Non	32 (66,7%)

*Ac Monoclonal pour anticorps anti-interleukine

L'âge médian est de 43,5 ans, avec le plus jeune participant ayant 22 ans et le plus âgé 75 ans.

La population est aux deux-tiers de sexe féminin (68,8%) et on retrouve une répartition quasi égale entre MC et RCH.

Une minorité de patients n'avait pas de traitement de fond au moment de l'étude (3 patients sans aucun traitement, 2 sous cure de corticothérapie orale). Un tiers (33,3%) des patients étaient sous 5-amino-salycilé, et un autre tiers (35,4%) sous traitement par anti-TNF alpha. 20,8% de la population était sous biothérapie de type anticorps anti-interleukine (noté anticorps monoclonal).

Les deux tiers (66,7%) de la population n'avaient pas d'antécédent chirurgical en lien avec la MICI au moment de l'étude.

2. Score IBDQ-32 et score des sous-domaines

Avant de pouvoir étudier les résultats du questionnaire, nous avons réalisé des tests de Cronbach pour vérifier la validité interne des différents blocs de réponses des patients : symptômes digestifs, symptômes généraux, fonction émotionnelle et fonction sociale.

Un résultat avec un alpha supérieur à 0.7 est considéré comme fiable.

Les résultats sont présentés dans le **tableau 2**.

Tableau 2 : Résultat des tests de Cronbach

	Alpha
Symptômes digestifs	0.85
Symptômes généraux	0.75
Fonction émotionnelle	0.92
Fonction sociale	0.92
Total	0.96

Tous les alphas sont supérieurs à 0.7, ce qui permet d'affirmer la cohérence interne des réponses des patients.

Les résultats des questionnaires IBDQ-32 sont présentés dans le **tableau 3**.

Les résultats aux différents sous-domaines sont présentés dans le **tableau 4**.

Tableau 3 : Scores IBDQ-32

	Minimum – Maximum	Moyenne (écart type)	Médiane [25^{ème} – 75^{ème} percentile]	P-value
Sexe				
- Homme	88 – 207	152.6 (43.44)	147 [118.5 - 194]	0.702
- Femme	71 – 211	157.18 (35.73)	163 [141 - 183]	
Age				
< 65 ans (n = 42)	71 – 211	158.17 (37.69)	165 [141.5 – 189.5]	0.212
> 65 ans (n = 6)	95 – 189	138.83 (38.15)	132.5 [111.75 – 167.5]	
Pathologie				
- MC	71 – 198	144.16 (38.86)	143 [105 – 177]	0.025
- RCH	89 – 211	168.35 (33.19)	169 [145.5 – 201]	
Classe thérapeutique				
- CCT (n=2)	122 – 189	155.5 (47.38)	155.5 [138.75 – 172.25]	0.05
- 5ASA (n=16)	137 – 211	177.81 (26.01)	181 [156.75 – 200.5]	
- antiTNF (n=17)	88 – 203	140.53 (37.49)	143 [105 – 177]	
- AcMono** (n=10)	71 – 207	144.6 (46.19)	143 [107.25 – 183.5]	
- Aucun (n=3)	157 – 169	161.67 (12.86)	167 [157 – 169]	
Immunosuppresseur :				
- Oui (n=27)	71 – 207	142.04 (40.09)	143 [103 – 178]	0.003
- Non (n=21)	122 – 211	173.38 (26.54)	171 [147 – 198]	
Rémission* :				
- Oui (n=15)	169 - 211	191 (14.95)	190 [178 – 205.5]	<0.001
- Non (n=33)	73 - 203	139.6 (34.08)	143 [117 – 163]	
Total	71 - 211	155.75 (37.89)	161.5 [50.5 – 188.2]	

*Le score IBDQ minimum pour obtenir une rémission est basé sur ceux de la littérature, soit 168 pour la MC et 205 pour la RCH.

**Ac Monoclonal pour anticorps anti-interleukine

Tableau 4 : Scores sous-domaines

	Minimum – maximum score possible	Moyenne (écart-type)	Médiane [25^{ème} – 75^{ème} percentile]
Symptômes digestifs	30 – 70	50.75 (11.27)	51.5 [42.75 – 59]
Symptômes généraux	6 – 31	21.08 (6.09)	21 [17 – 26]
Fonctionnement émotionnel	15 – 81	57.73 (15.86)	61 [50.5 – 71]
Fonctionnement social	5 – 35	26.19 (9.12)	29.5 [18.75 – 35]

Le score IBDQ-32 va de 32 (score le plus bas possible) à 224 (score le plus haut possible). Les réponses aux 32 questions sont cotées de 1 (mauvais ressenti du patient) à 7 (ressenti comparable à quelqu'un de non malade).

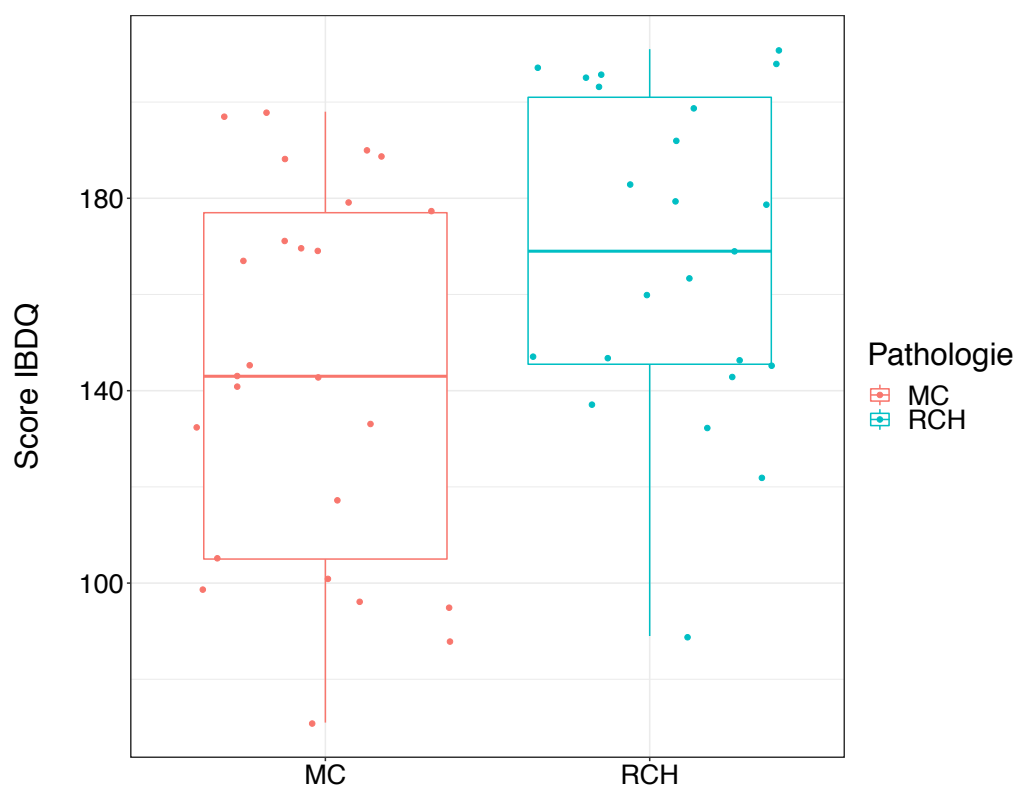
Le score moyen est de 155.75 (écart-type de 37.89). Le score médian est de 161.5 (IQR = 55.5). Le score le plus bas est à 71 et le plus élevé à 211.

Les femmes ont un score en moyenne un peu plus élevé que les hommes (157.18 contre 152.6 ; $p=0.702$).

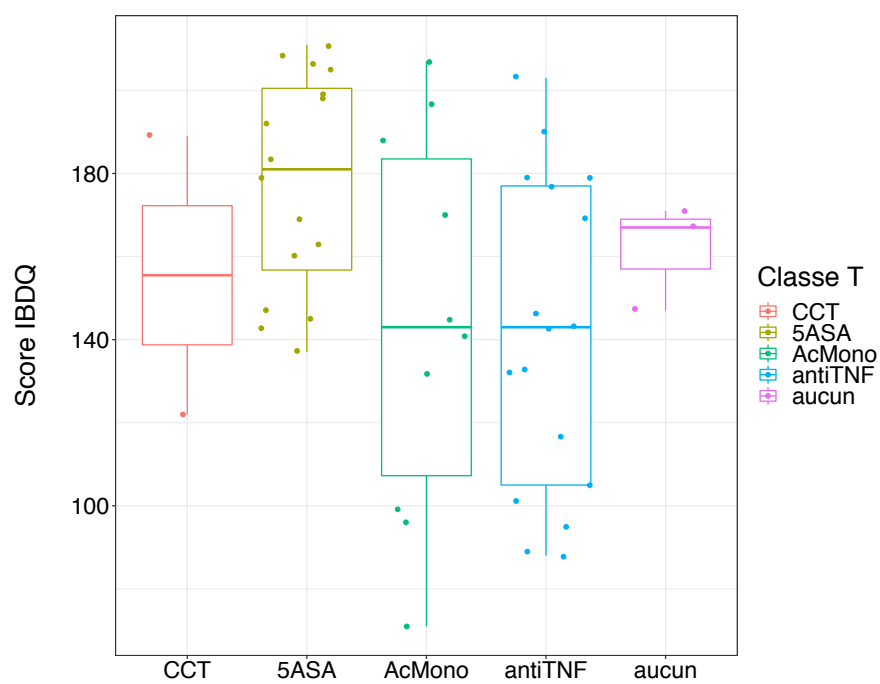
Les patients âgés de plus de 65 ans ont un score plus faible en moyenne que les patients âgés de moins de 65 ans (138.83 contre 158.17 ; $p=0.212$).

Les patients atteints de MC ont un score significativement plus bas que les patients atteints de RCH (144.16 contre 168.35 ; $p=0.025$). Ce résultat est illustré par la **figure 1**.

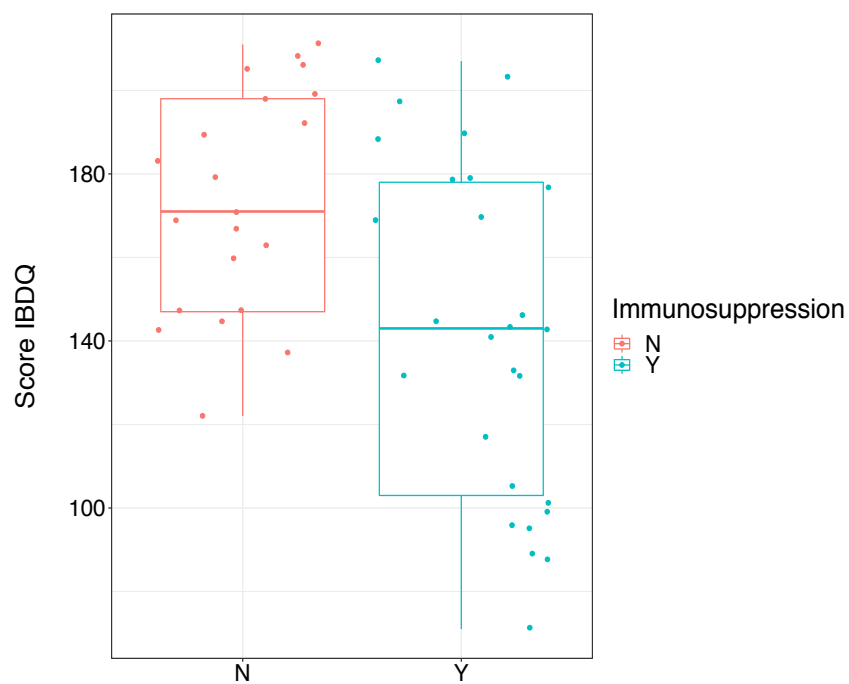
Figure 1 : Score IBDQ en fonction de la pathologie



Les patients sous immunothérapie au long cours (anti-TNF alpha ou biothérapies de type anti-IL) ont un score plus bas que les patients sous 5ASA ou sans traitement de fond ($p=0.05$), ce qui est corrélé à la sévérité de la maladie. Ce résultat est illustré par la **figure 2** et **3**.

Figure 2 : Score IBDQ en fonction du traitement

*AcMono pour traitement par anti-IL

Figure 3 : Score IBDQ en fonction de l'immunosuppression

Ce résultat se retrouve dans l'utilisation ou non d'immunosuppresseur (anti-TNF alpha ou anti-interleukine) : les patients sous ce type de traitement ont un score IBDQ significativement plus bas que pour les patients naïfs de ces traitements (142.04 contre 173.38 ; $p=0.003$).

Enfin, les patients décrits comme en rémission selon le score IBDQ-32 limite trouvé dans la littérature ont un score IBDQ-32 médian de 190 [178 – 205.5]. Les patients n'atteignant pas le score de rémission ont un score IBDQ-32 médian de 143 [117 – 163], avec $p<0.001$.

3. Analyse univariée

Pour un souci de représentativité, nous avons décidé d'utiliser la valeur 5ASA comme valeur de référence pour l'analyse univariée. En effet, le faible nombre de patients sans traitement ou sous simple corticothérapie ne permettait pas de réaliser des statistiques pertinentes. Ce choix est aussi expliqué par le fait que les patients sous 5ASA sont des patients avec activité clinique faible à modéré.

L'analyse a été réalisée par régression linéaire simple, complétée par un test ANOVA si la variable possède plus de 3 modalités.

Les résultats sont représentés dans le **tableau 5**.

Tableau 5 : Analyse univariée des scores IBDQ-32

	Valeur de référence	Valeur comparée	Différence [IC 95 %]	p-value
Age	Valeurs continues		-0.46 [-1.26 – 0.34]	0.267
Sexe	F	H	-4.58 [-27.92 – 18.76]	0.702
Pathologie	MC	RCH	24.19 [3.65 – 44.72]	0.025
Classe thérapeutique :	5 ASA	- AcMono*	-33.21 [-61.32 – -5.11]	0.025
		- antiTNF	-37.28 [-61.57 – -13.00]	0.004
		- aucun	-16.15 [-60.01 – 27.72]	0.475
		- CCT	-22.31 [-74.60 – 29.98]	0.408
Immunosuppression	Non	Oui	-31.34 [-51.22 – -11.47]	0.003
Chirurgie	Non	Oui	-15.94 [-38.46 – 6.58]	0.172

*Ac Monoclonal pour anticorps anti-interleukine

Les hommes ont un score IBDQ inférieur de 4.58 points comparé aux femmes (IC95=[-27.92 – 18.76], p=0.702).

Les patients RCH ont un score IBDQ supérieur de 24.19 points comparé aux patients MC (IC95=[3.65 – 44.72], p=0.025).

Les patients sous immunosuppresseurs ont un score inférieur de 31.34 points en moyenne comparé aux patients sous 5ASA (IC95=[-51.22 – -11.47], p=0.003), avec respectivement -37.28 au score sous traitement par anti-TNF alpha (IC95=[-61.57 – -13.00], p=0.004) et -33.21 au score sous traitement par anticorps monoclonal (IC95=[-61.32 – -5.11], p=0.025).

Les patients sans traitement ou sous corticothérapie orale lors de l'étude ont un score plus faible que les patients sous 5ASA, respectivement -16.15 (IC95=[-60.01 – 27.72], p=0.475) et -22.31 (IC95=[-74.60 – 29.98], p=0.408), mais cette différence n'est pas significative.

Les patients ayant un antécédent de chirurgie ont un score inférieur de 15.94 points comparé aux patients naïf chirurgicalement (IC95=[-38.46 – 6.58], $p=0.172$).

Nous avons réalisé une analyse univariée pour chaque sous-domaine en fonction du statut de rémission ou non du patient. Les résultats sont représentés dans le **tableau 6**, exprimés comme suit : médiane (minimum ; maximum) [25^{ème} – 75^{ème} percentile].

Tableau 6 : Analyse univariée des sous-domaines selon la rémission

	Rémission*		
	médiane (min ; max) [25 ^{ème} – 75 ^{ème} percentile]		
	Oui	Non	P value
Symptômes digestif	47 (30 ; 70) [36 - 52]	62 (52 ; 69) [57.5 - 65.5]	<0.001
Symptômes généraux	19 (6 ; 30) [15 - 23]	26 (19 ; 31) [23 - 29]	<0.001
Fonction émotionnelle	53 (15 ; 79) [42 - 62]	73 (54 ; 81) [66 - 78.5]	<0.001
Fonction sociale	24 (5 ; 35) [17 - 31]	35 (23 ; 35) [32.5 - 35]	<0.001
Score IBDQ	143 (71 ; 203) [117 - 163]	190 (169 ; 211) [178 – 205.5]	<0.001

*Le score IBDQ minimum pour obtenir une rémission est basé sur ceux de la littérature, soit 168 pour la MC et 205 pour la RCH.

Ces résultats montrent que lorsque le score est inférieur au seuil admis dans la littérature pour définir la rémission de la maladie, tous les domaines sont impactés de manière homogène.

4. Évaluation des médecins traitants

Nous avons apparié pour chaque patient la réponse de son médecin traitant selon les données fournies par le service de gastro-entérologie du CH de Salon-de-Provence. Un test paramétrique de corrélation de Pearson a été réalisé afin de calculer la variable « *rho* ». Plus cette valeur est élevée, plus la corrélation est forte.

Ce résultat est présenté dans la **figure 4**.

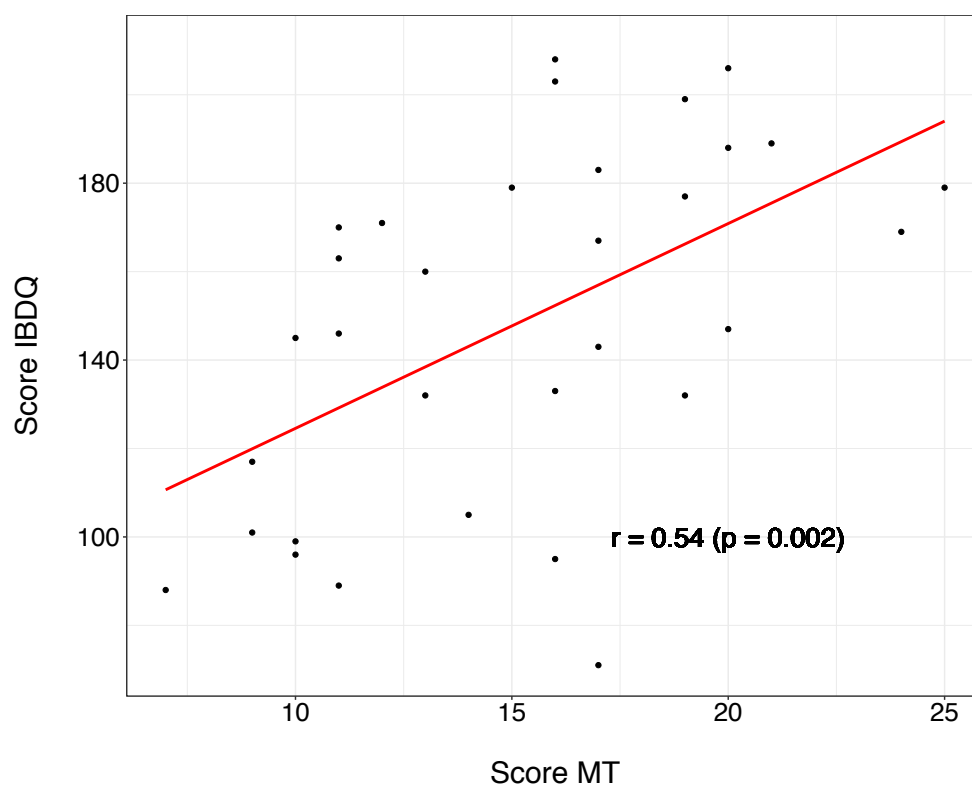


Figure 4 : Corrélation entre score IBDQ et évaluation des MT

On remarque que la droite est ascendante avec $\rho=0.54$ ($p=0.002$) ce qui montre que l'évaluation des médecins traitants est bien positivement corrélée au score IBDQ de leurs patients.

Nous avons ensuite analysé chaque dimension explorée par le questionnaire IBDQ-32 en fonction de la question correspondante du questionnaire adressé aux médecins traitants. Un test de corrélation de Spearman non paramétrique a été réalisé car les valeurs de réponses, de 1 à 5, ne sont pas continues.

Les résultats sont représentés dans la **figure 5**.

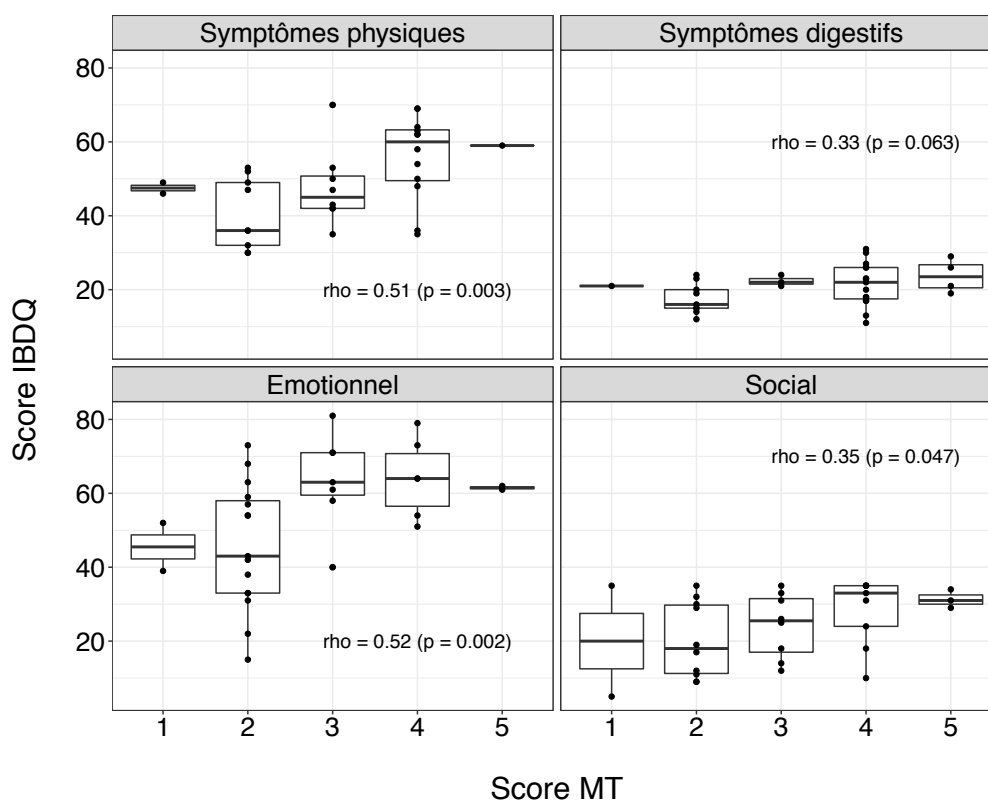


Figure 5 : Corrélation entre le score IBDQ de chaque sous-domaine avec l'évaluation du MT

Ces résultats montrent que le MT évalue globalement bien les dimensions de leur patient, car les valeurs ρ sont positives. On remarque des valeurs de ρ plus élevées pour la dimension des symptômes physiques généraux ($\rho=0.51$, $p=0.003$) et pour la dimension émotionnelle ($\rho=0.52$, $p=0.002$), montrant que ces domaines sont mieux évalués par le MT que les symptômes digestifs et le fonctionnement social.

5. Évaluation du gastro-entérologue traitant

Les résultats du test paramétrique de Pearson entre le score IBDQ et l'évaluation du GE traitant sont présentés dans la **figure 6**.

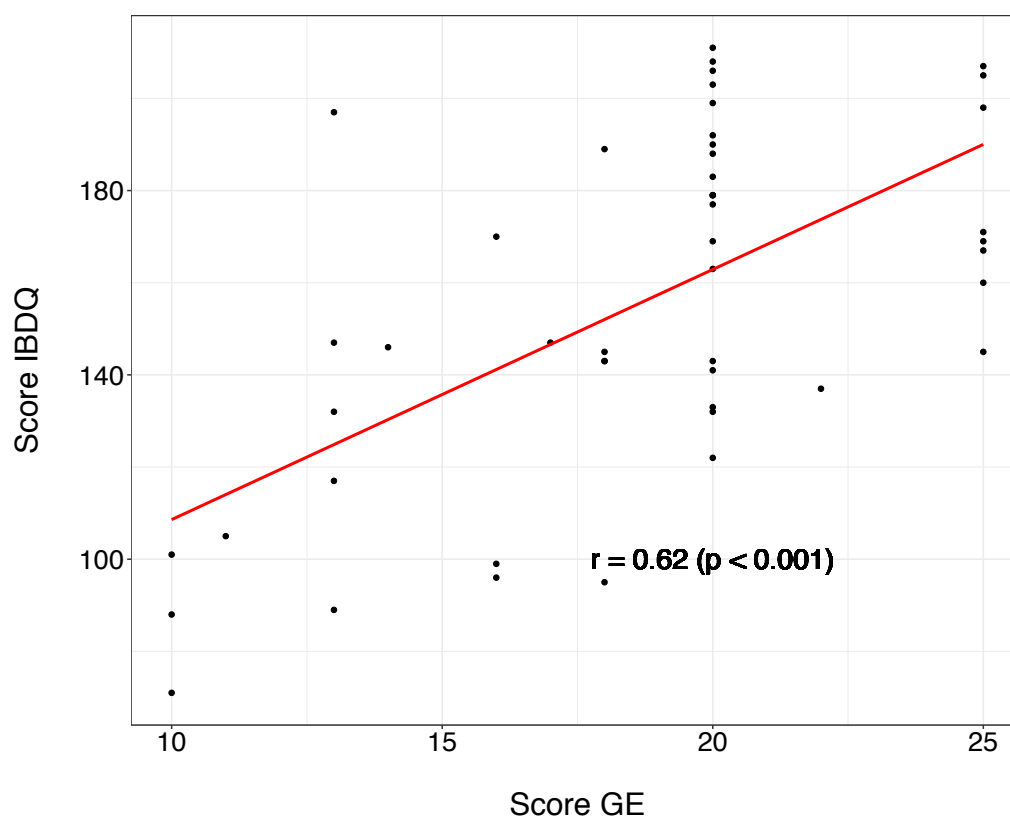


Figure 6 : Corrélation entre score IBDQ et évaluation par le GE traitant

On remarque une droite ascendante avec un $\rho=0.62$ ($p<0.001$), ce qui montre que l'évaluation du GE traitant est positivement corrélée au score IBDQ de leur patient. Ce coefficient est plus élevé que celui des MT ce qui laisse penser que le GE traitant évalue mieux le score IBDQ que les MT.

Nous avons analysé la corrélation pour chaque sous-domaine du score IBDQ avec la question correspondante du questionnaire adressé au GE traitant en utilisant un test non paramétrique de Pearson.

Les résultats sont montrés dans la **figure 7**.

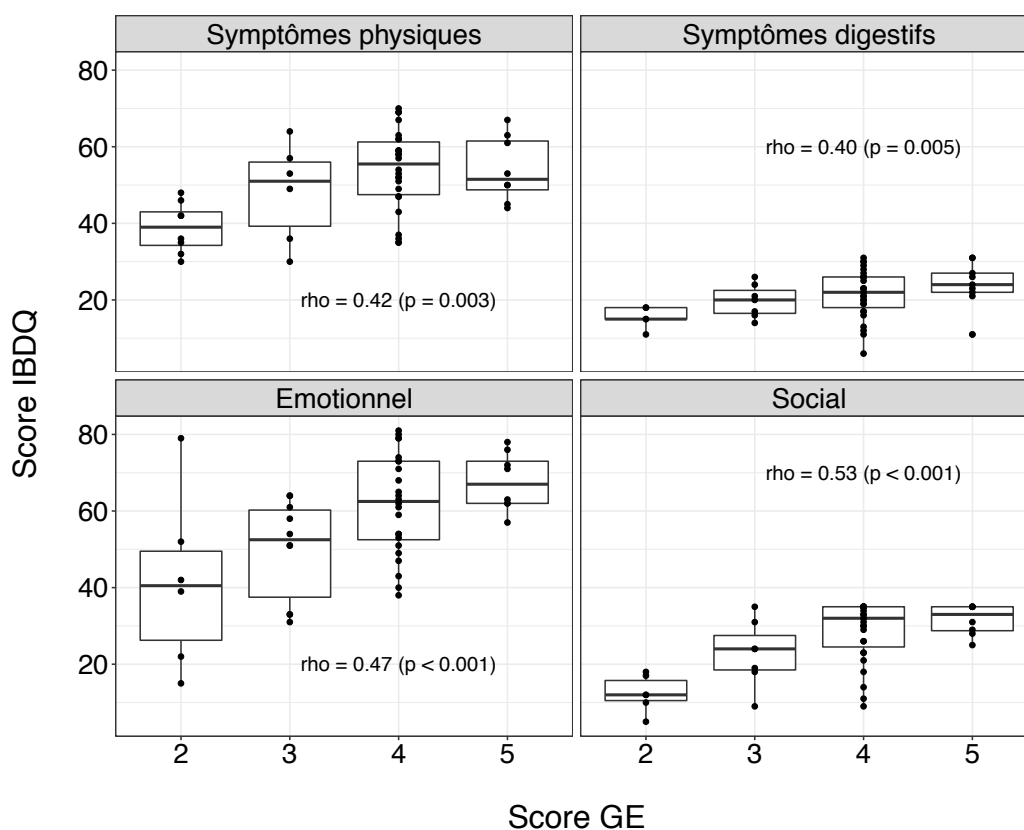


Figure 7 : Corrélation entre score IBDQ de chaque sous-domaine avec l'évaluation du GE traitant

Ces résultats montrent que le GE traitant évalue globalement bien les dimensions de leur patient, car les valeurs ρ sont positives.

On remarque des valeurs de ρ plus élevées pour le sous-domaine émotionnel ($\rho=0.47$, $p<0.001$) et pour le sous-domaine social ($\rho=0.53$, $p<0.001$), montrant que ces domaines sont mieux évalués par le GE que les sous-domaines symptômes digestifs et symptômes généraux.

6. Corrélation entre MT et GE

Une droite de corrélation a été créée entre les évaluations des MT et des GE. Elle est présentée dans la **figure 8**.

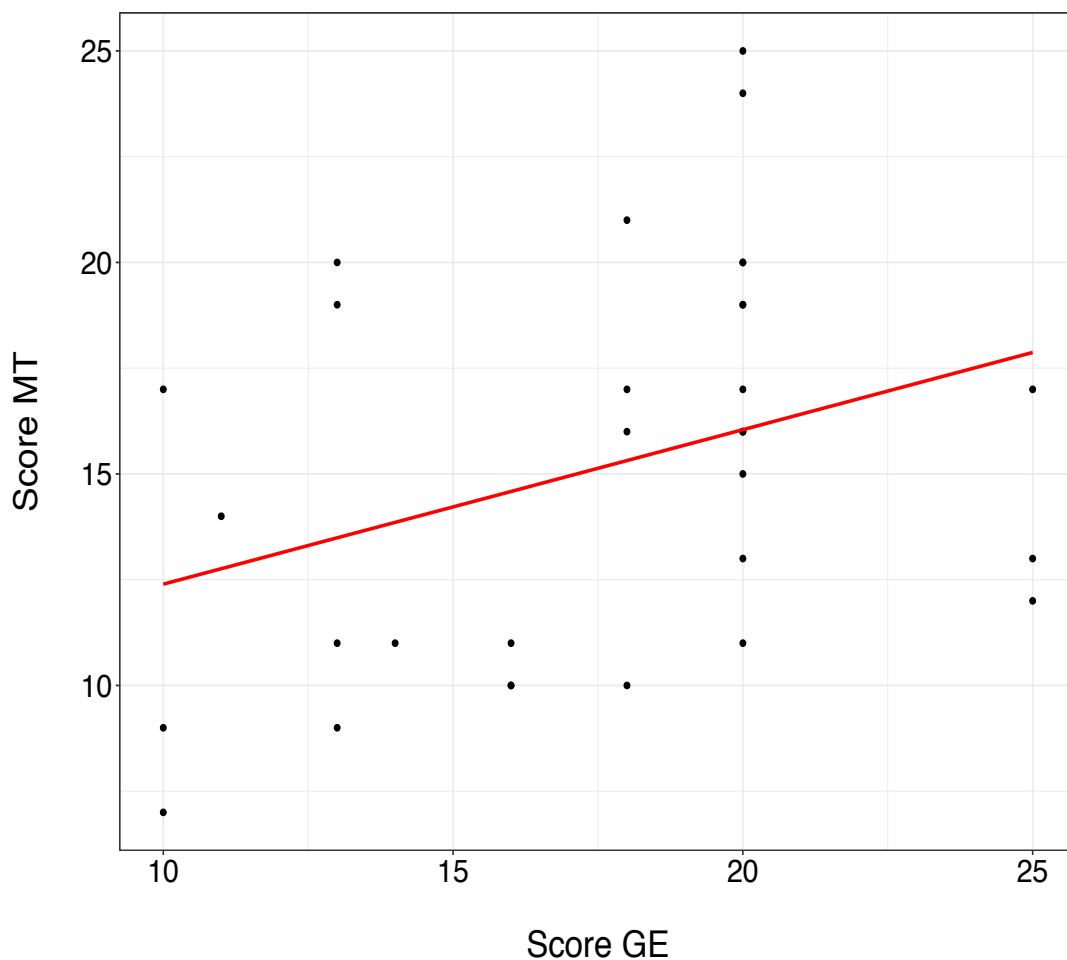


Figure 8 : Corrélation entre MT et GE

Le test non paramétrique de corrélation de Spearman entre MT et GE nous permet d'obtenir un $\rho=0.37$ ($p=0.036$). Cette valeur n'est pas très élevée mais permet de montrer que les évaluations des MT et des GE sont corrélées positivement entre elles.

La comparaison des variables ρ de l'analyse des sous-domaines entre les MT et les GE est présentée dans le **tableau 7**.

Tableau 7 : Comparaison des valeurs rho des sous-domaines entre MT et GE

	MT	GE
Symptômes généraux	0.51	0.42
Symptômes digestifs	0.33	0.40
Fonction émotionnelle	0.52	0.47
Fonction sociale	0.35	0.53

Les MT évaluent mieux les sous-dimensions des symptômes généraux et de la fonction émotionnelle que les GE, respectivement 0.51 contre 0.42 et 0.52 contre 0.47.

Les GE évaluent mieux les sous-dimensions des symptômes digestifs et de la fonction sociale que les MT, respectivement 0.40 contre 0.33 et 0.53 contre 0.35.

IV. Discussion

1. Descriptif de la population

Les caractéristiques de la population sont similaires à celles de l'étude BIRD (39).

En effet, il ressort de cette étude que l'âge médian des répondants est de 43.5 ans dont 68.8% de femmes. Un tiers (33.3%) des patients interrogés sont sous thiopurines (5ASA), et 56.2% sous biothérapie dont 35.4% sous anti-TNF alpha. Un tiers (33.3%) des patients présentait au moment de l'étude un antécédent de chirurgie en rapport avec sa maladie.

Dans l'étude BIRD, l'âge médian était de 43 ans dont 61.5% de femmes. 26% des patients étaient sous thiopurines et 31% sous anti-TNF alpha. 30% des patients avaient un antécédent de chirurgie en rapport avec sa maladie.

Une différence avec l'étude BIRD est la répartition entre MC et RCH. Dans notre étude, cette répartition est équitable (52.1% de patients atteints de MC et 47.9% de patients atteints de RCH). Dans l'étude BIRD, 61% des patients interrogés étaient atteints de MC.

2. Score IBDQ-32 et facteurs influençants

a. Sexe

Plusieurs études ont montré que les femmes avaient un niveau de QDV statistiquement plus faible que les hommes (39,50). Nous ne retrouvons pas dans notre étude ce résultat, avec un score IBDQ moyen presque identique entre homme et femmes, respectivement 152.6 et 157.18, et ce malgré une proportion de femme identique à l'étude BIRD. Cette différence est peut-être due à notre faible échantillon comparé aux autres études, ainsi qu'à l'utilisation d'un questionnaire de QDV unique là où les autres études en utilisent plusieurs.

b. Pathologie

Selon l'étude de Rubin & al, les patients atteints de MC ont une qualité de vie moins bonne que les patients atteints de RCH (51), mais cette affirmation ne se retrouve pas dans toutes les études, notamment l'étude BIRD (39,52). Dans notre étude, nous trouvons aussi une différence significative entre la QDV des patients selon leur pathologie, avec des patients atteints de MC qui ont score IBDQ plus faible de 24.19 points que les patients atteints de RCH ($p=0.025$). Cette différence peut être due au faible nombre d'études de qualité de vie portant à la fois sur les patients atteints de MC et de RCH.

c. Traitement

L'étude BIRD met en évidence une QDV moindre chez les patients traités par immunosuppresseurs (39). Ce résultat est cohérent avec notre étude qui montre que les patients traités par immunosuppresseurs (anti-TNF alpha ou anti-IL) ont un score IBDQ inférieur de 31.43 points à celui des patients non traités par immunosuppresseurs ($p=0.003$). Ce résultat est probablement lié au fait que le traitement immunosuppresseurs est instauré chez les patients atteints d'une maladie plus sévère. Cette variable pourrait donc être prédictive d'une moins bonne QDV en pratique quotidienne.

En analysant séparément les patients sous anti-TNF alpha et les patients sous anti-IL (marqué AcMono dans les analyses), on remarque des scores inférieurs de 37.28 ($p=0.004$) et de 33.21 ($p=0.025$) points comparés aux patients traités par 5ASA. Ce résultat est cohérent avec le précédent et montre la nature délétère sur la QDV du traitement immunosuppresseur, quel qu'il soit.

d. Analyse univariée des sous-domaines

Dans notre étude, l'analyse univariée des sous-domaines du score IBDQ ne montre pas de facteur influençant. En effet, en comparant les patients avec un score IBDQ total correspondant au score de rémission de la maladie selon la littérature, notre analyse montre une diminution globale des 4 dimensions lorsque le score IBDQ baisse.

Ce résultat montre l'absence de sous-domaine particulièrement impacté par un mauvais score IBDQ. Lorsque ce score baisse, ils sont tous touchés équitablement. Cette donnée renforce l'idée de prise en charge globale des patients atteints de MICI, notamment lorsque leur QDV est basse.

3. Évaluation par les professionnels de santé

Dans l'étude de Rubin & al. portant sur la communication entre le gastro-entérologue traitant et le patient concernant la perception de la qualité de vie (30), il est montré que lorsque le patient perçoit sa qualité de vie comme mauvaise, le gastro-entérologue avait une évaluation similaire à celle du patient. Cependant, lorsque la qualité de vie du patient était perçue comme bonne par le gastro-entérologue, il avait tendance à ne pas aborder la question de la QDV lors de sa consultation.

Dans notre étude, nous avons montré que l'évaluation de la QDV du patient par le GE traitant ou le MT était correctement corrélée au score IBDQ du patient, selon une droite ascendante. Cette droite avait un coefficient ρ plus élevé pour le GE que pour le MT, respectivement 0.62 contre 0.54.

Lorsque l'on compare les évaluations entre MT et GE, on obtient une droite ascendante. Malgré un coefficient $\rho=0.37$ peu élevé, nous confirmons une corrélation positive entre l'évaluation des MT et des GE.

Cette corrélation se retrouve dans l'évaluation des sous-domaines par le MT et le GE, avec des facteurs ρ positifs. On note cependant une différence dans les sous-domaines les mieux évalués. Les symptômes digestifs liés à la maladie et la fonction sociale sont mieux évalués par le GE, les symptômes généraux et la fonction émotionnelle sont mieux évalués par le MT. Cette différence est peut-être due au fait que l'expertise du MT est plus générale, lui permettant de mieux appréhender les dimensions plus globales, ainsi qu'au fait que la

consultation chez le MT est souvent perçue comme un endroit propice où aborder les problèmes psychologiques tels que l'anxiété ou la dépression (53). A l'inverse, l'avis du spécialiste est recherché notamment pour des questions d'impact social de la maladie notamment au travail.

4. Intérêts et limites de l'étude.

Notre étude est la première française à comparer la qualité de vie ressentie par le patient atteints d'une MICI avec celle estimée par le gastro-entérologue et le médecin traitant en médecine de ville. Elle permet d'apporter des informations sur l'évaluation de la qualité de vie des patients ambulatoires tant par le patient que par les professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge.

Le questionnaire IBDQ-32 est un questionnaire validé internationalement, et dispose de valeurs seuils pour définir le statut de rémission des patients d'après les données de la littérature.

Cette étude est aussi la première à comparer l'évaluation de la qualité de vie faite par le gastro-entérologue et par le médecin traitant, deux professionnels majeurs de la prise en charge globale des patients atteints de MICI.

Toutefois, le faible échantillon et le recrutement monocentrique nous fait nous interroger sur la représentativité de cet échantillon à l'échelle nationale. En effet, le recrutement a été réalisé par le service de gastro-entérologie du CH de Salon-de-Provence, et a pu nous exposer à un biais de sélection.

L'évaluation de la qualité de vie par les professionnels de santé a été réalisée par un questionnaire non validé scientifiquement, ce qui malgré une simplicité et une rapidité d'utilisation, ne permet pas de comparer de manière statistiquement solide les données avec celles obtenues des patients.

De plus, le nombre de réponses obtenues des médecins traitants s'évalue à deux tiers des effectifs totaux, ce qui diminue la puissance de notre étude. Enfin, le fait que l'évaluation gastroentérologique a été réalisée par un seul gastro-entérologue peut fragiliser la pertinence de l'évaluation et exposer à différents biais.

Nos résultats ne sont pas totalement cohérents avec la littérature, notamment sur les facteurs influençant la qualité de vie des patients. En effet, nous ne retrouvons notamment pas

le sexe féminin dans ces facteurs alors qu'il est quasiment toujours mis en évidence dans la littérature. Cette différence peut être due au faible échantillon étudié. De plus, plusieurs facteurs couramment étudiés tels que le tabagisme, la durée d'évolution de la maladie ou le fait que le patient travail ou non, n'ont pas pu être évalués.

Enfin, nous n'avons pas évalué dans cette étude l'impact des programmes d'éducation thérapeutique chez ces patients car ce type de programme n'existe pas au CH de Salon-de-Provence, alors que ces moyens sont essentiels à l'amélioration de leur qualité de vie en passant par une meilleure compréhension de leur pathologie.

Afin de s'affranchir de ces différents biais, les résultats présentés devront être confirmés par de futures études.

V. Conclusion

Cette première étude française permet d'avoir des informations inédites sur l'évaluation de la qualité de vie des patients atteints de MICI lorsqu'ils sont suivis en ville. Comme mis en évidence dans de précédentes publications, il ressort de notre étude que la maladie impacte fortement la qualité de vie de ces patients.

L'identification des différents facteurs influençant la qualité de vie est indispensable pour améliorer notre connaissance sur ces maladies, mais aussi pour mieux cibler les besoins des patients atteints de MICI afin de leur permettre d'atteindre une qualité de vie identique à celle de la population saine.

La comparaison entre l'évaluation faite par le médecin traitant et le gastro-entérologue référent, deux professionnels majeurs de la prise en charge globale du patient atteint de MICI, est une première dans la littérature française, et permet d'apporter des informations intéressantes sur la perception qu'ont ces deux professionnels de la qualité de vie de leur patient, information forcément subjective.

La mesure du score de qualité de vie n'est pas encore réalisée en pratique courante, pourtant il s'agit d'un reflet de la prise en charge médicale et son amélioration est probablement un des objectifs majeurs à atteindre pour les professionnels de santé.

Cet objectif est forcément pluridisciplinaire, et passe notamment par la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique spécifiques à la maladie. Ces programmes sont en plein essor, en témoigne la création récente du programme d'ETP d'Aix-en-Provence. Cependant, ces programmes sont encore trop peu nombreux sur le territoire (deux programmes d'ETP adressé aux patients atteints de MICI existent dans la région Bouches-du-Rhône, celui du CHU Nord de Marseille et celui du CH d'Aix-en-Provence) et sont organisés exclusivement au sein d'un hôpital. Exporter ces programmes en médecine de ville serait une solution à envisager pour augmenter le nombre de participants et leur assiduité. En effet le fait de retourner à l'hôpital pour suivre les séances d'ETP est un écueil souvent formulé par les participants (anxiété, rappel de son statut de malade, problème du transport qui n'est pas pris en charge par la Sécurité Sociale...)

VI. Bibliographie

1. Baumgart - 2016 - Crohn's disease and ulcerative colitis from epide.
2. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and Natural History of Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. mai 2011;140(6):1785-1794.e4.
3. Kirsner JB. Historical origins of current IBD concepts. *World J Gastroenterol*. 15 avr 2001;7(2):175-84.
4. Peyrin-Biroulet L, Loftus EV, Colombel J-F, Sandborn WJ. The Natural History of Adult Crohn's Disease in Population-Based Cohorts. *Am J Gastroenterol*. mars 2010;105(2):289-97.
5. Canavan C, Abrams KR, Mayberry JF. Meta-analysis: mortality in Crohn's disease: META-ANALYSIS: MORTALITY IN CROHN'S DISEASE. *Aliment Pharmacol Ther*. 12 févr 2007;25(8):861-70.
6. Palli D, Trallori G, Saieva C, Tarantino O, Edili E, D'Albasio G, et al. General and cancer specific mortality of a population based cohort of patients with inflammatory bowel disease: the Florence study. *Gut*. févr 1998;42(2):175-9.
7. Peyrin-Biroulet L, Bouhnik Y, Roblin X, Bonnaud G, Hagège H, Hébuterne X. French national consensus clinical guidelines for the management of Crohn's disease. *Dig Liver Dis*. 1 avr 2017;49(4):368-77.
8. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *The Lancet*. déc 2017;390(10114):2769-78.
9. Ekblom A. The Epidemiology of IBD: A Lot of Data but Little Knowledge. How Shall We Proceed? *Inflamm Bowel Dis*. févr 2004;10:S32-4.
10. Vernier G, Cortot A, Gower-Rousseau C, Salomez J-L, Colombel J-F. Épidémiologie et facteurs de risque des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *Rev Prat*. 2005;(55):13.
11. Etat des MICI en 2015 : données du SNIIRAM – Observatoire National des MICI [Internet]. [cité 10 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.observatoire-crohn-rch.fr/bibliotheque-de-donnees/epidemiologie/etat-des-mici-en-2015-donnees-du-sniiram/>
12. Gower-Rousseau C. Épidémiologie des maladies inflammatoires chroniques de l'Intestin en France : apport du registre EPIMAD [Internet] [phdthesis]. Université du Droit et de la Santé - Lille II; 2012 [cité 5 janv 2018]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00820631/document>
13. Nerich V, Monnet E, Etienne A, Louafi S, Ramée C, Rican S, et al. Geographical variations of inflammatory bowel disease in France: A study based on national health insurance data. *Inflamm Bowel Dis*. mars 2006;12(3):218-26.
14. Haute Autorité de Santé. Guide Médecin Affection Longue Durée - Rectocolite Hémorragique Evolutive [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/guide_medecin_rch_web.pdf
15. Haute Autorité de Santé. Guide Médecin Affection Longue Durée : Maladie de Crohn [Internet]. 2008. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/guide_medecin_crohn_web.pdf
16. Gomollón F, Dignass A, Annesse 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*. 1 janv 2017;11(1):3-25.
17. Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, Ardizzone S, Armuzzi A, Barreiro-de Acosta M, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative

- Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *J Crohns Colitis*. 1 juin 2017;11(6):649-70.
18. Gourdonneau A. Étude de la qualité de vie des enfants atteints de maladie de Crohn en France. *Médecine Hum Pathol*. 28 avr 2017;79.
 19. 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. *J Crohns Colitis*. 1 juill 2017;11(7):769-84.
 20. Carbonnel F. Troisième conférence de consensus ECCO sur la RCH. Ce qui change. :6.
 21. Regueiro M, Loftus EV, Steinhart HA, Cohen RD. Medical management of left-sided ulcerative colitis and ulcerative proctitis: Critical evaluation of therapeutic trials: *Inflamm Bowel Dis*. oct 2006;12(10):979-94.
 22. Michelet C, Salmon D, Tubach F, Lortholary O. Risques infectieux sous anti- TNF alpha. 2005;27.
 23. Goëb V, Ardizzone M, Arnaud L, Avouac J, Baillet A, Belot A, et al. Conseils d'utilisation des traitements anti-TNF et recommandations nationales de bonne pratique labellisées par la Haute Autorité de santé française. *Rev Rhum*. oct 2013;80(5):459-66.
 24. Bourreille A. Comment surveiller un malade sous anti-TNF ? *POSTU* 2014. :5.
 25. Schmutz J-L, Barbaud A, Trechot P. Effets secondaires des anti TNF-alpha. *Ann Dermatol Vénéréologie*. déc 2005;132(12):1040.
 26. Carbonnel F. Apport des biosimilaires et des nouvelles biothérapies dans le traitement des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. :8.
 27. Roblin X, Heluwaert F, Bonaz B. Surveillance des traitements immunosupresseurs au cours des maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin. 2005;12:9.
 28. Constitution of the World Health Organization [Internet]. 1946. Disponible sur: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
 29. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. nov 1995;41(10):1403-9.
 30. Rubin DT, Dubinsky MC, Martino S, Hewett KA, Panés J. Communication Between Physicians and Patients with Ulcerative Colitis: Reflections and Insights from a Qualitative Study of In-Office Patient-Physician Visits. *Inflamm Bowel Dis*. avr 2017;23(4):494-501.
 31. Jaisson-Hot I, Nancey S, Guerre P, Colin C, Roblin X, Flourié B. MICI et qualité de vie. *Hépatogastro Oncol Dig*. 10 févr 2008;15(1):49-54.
 32. Health measurement scales: a practical guide to their development and use (5th edition). *Aust N Z J Public Health*. juin 2016;40(3):294-5.
 33. Lin X-J, Lin I-M, Fan S-Y. Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Med J*. 1 mars 2013;25(1):8-12.
 34. Bernklev T, Jahnsen J, Lygren I, Henriksen M, Vatn M, Moum B. Health-related Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease Measured with the Short Form-36: Psychometric Assessments and a Comparison with General Population Norms: *Inflamm Bowel Dis*. oct 2005;11(10):909-18.
 35. Chen X-L, Zhong L, Wen Y, Liu T-W, Li X-Y, Hou Z-K, et al. Inflammatory bowel disease-specific health-related quality of life instruments: a systematic review of measurement properties. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 15 sept 2017 [cité 2 avr 2018];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5603012/>
 36. Guyatt, Gordon, Mitchell, Alba, Irvine, E. Jan. A New Measure of Health Status for Clinical Trials in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*. mars 1989;96(3):804-10.
 37. Peyrin-Biroulet L. Développement du premier index de handicap fonctionnel pour les MICI : pourquoi et comment ? *Hépatogastro Oncol Dig*. 2011;18:6.

38. Kappelman MD, Long MD, Martin C, DeWalt DA, Kinneer PM, Chen W, et al. Evaluation of the Patient Reported Outcomes Measurement Information System in a large cohort of patients with Inflammatory Bowel Diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc.* août 2014;12(8):1315-23.e2.
39. Williet N, Sarter H, Gower-Rousseau C, Adrianjafy C, Olympie A, Buisson A, et al. Patient-reported Outcomes in a French Nationwide Survey of Inflammatory Bowel Disease Patients. *J Crohns Colitis.* févr 2017;11(2):165-74.
40. Huppertz-Hauss G, Høivik ML, Jelsness-Jørgensen L-P, Opheim R, Henriksen M, Høie O, et al. Fatigue in a population-based cohort of patients with inflammatory bowel disease 20 years after diagnosis: The IBSEN study. *Scand J Gastroenterol.* 4 mars 2017;52(3):351-8.
41. Sainsbury A, Heatley RV. Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 1 mars 2005;21(5):499-508.
42. Byrne G, Rosenfeld G, Leung Y, Qian H, Raudzus J, Nunez C, et al. Prevalence of Anxiety and Depression in Patients with Inflammatory Bowel Disease [Internet]. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology.* 2017 [cité 4 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/cjgh/2017/6496727/>
43. Li G, Ren J, Wang G, Gu G, Ren H, Chen J, et al. Impact of Crohn's Disease on Marital Quality of Life: A Preliminary Cross-Sectional Study. *J Crohns Colitis.* 1 oct 2015;9(10):873-80.
44. Chhibba T, Walker JR, Sexton K, Restall G, Ivekovic M, Shafer LA, et al. Workplace Accommodation for Persons With IBD: What Is Needed and What Is Accessed. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 1 oct 2017;15(10):1589-1595.e4.
45. Kaplan GG. The global burden of IBD: from 2015 to 2025. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* déc 2015;12(12):720-7.
46. Rocchi A, Benchimol EI, Bernstein CN, Bitton A, Feagan B, Panaccione R, et al. Inflammatory bowel disease: A Canadian burden of illness review. *Can J Gastroenterol.* nov 2012;26(11):811-7.
47. Kawalec P. Indirect costs of inflammatory bowel diseases: Crohn's disease and ulcerative colitis. A systematic review. *Arch Med Sci AMS.* 1 avr 2016;12(2):295-302.
48. Étienne A-M, Dupuis G. Maladie de Crohn et qualité de vie : des pistes d'intervention. *Perspect Psy.* juill 2011;50(3):246-55.
49. Peyrin-Biroulet L, Panés J, Sandborn WJ, Vermeire S, Danese S, Feagan BG, et al. Defining Disease Severity in Inflammatory Bowel Diseases: Current and Future Directions. *Clin Gastroenterol Hepatol.* mars 2016;14(3):348-354.e17.
50. van der Have M, van der Aalst KS, Kaptein AA, Leenders M, Siersema PD, Oldenburg B, et al. Determinants of health-related quality of life in Crohn's disease: A systematic review and meta-analysis. *J Crohns Colitis.* 1 févr 2014;8(2):93-106.
51. Rubin GP, Hungin APS, Chinn DJ, Dwarakanath D. Quality of life in patients with established inflammatory bowel disease: a UK general practice survey. *Aliment Pharmacol Amp Ther.* 1 mars 2004;19(5):529-35.
52. Habibi F, Habibi ME, Gharavinia A, Mahdavi SB, Akbarpour MJ, Baghaei A, et al. Quality of life in inflammatory bowel disease patients: A cross-sectional study. *J Res Med Sci.* 1 janv 2017;22(1):104.
53. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health [Internet].* déc 2007 [cité 26 août 2018];7(1). Disponible sur: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-188>

Annexe 1 (suite) : Questionnaire IBDQ-32 FR

3. Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) frustré(e), agité(e) ou avez vous manqué de patience ?

Veillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐₁ TOUT LE TEMPS
- ☐₂ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐₃ ASSEZ SOUVENT
- ☐₄ PARFOIS
- ☐₅ RAREMENT
- ☐₆ TRES RAREMENT
- ☐₇ JAMAIS

4. Au cours des deux dernières semaines, vos problèmes intestinaux vous ont-ils empêché(e) d'aller sur votre lieu d'études ou de travailler ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐₁ TOUT LE TEMPS
- ☐₂ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐₃ ASSEZ SOUVENT
- ☐₄ PARFOIS
- ☐₅ RAREMENT
- ☐₆ TRES RAREMENT
- ☐₇ JAMAIS

5. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu des selles liquides? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐₁ TOUT LE TEMPS
- ☐₂ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐₃ ASSEZ SOUVENT
- ☐₄ PARFOIS
- ☐₅ RAREMENT
- ☐₆ TRES RAREMENT
- ☐₇ JAMAIS

6. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu de l'énergie ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐ PAS D'ENERGIE DU TOUT
- ☐ PRESQUE PAS D'ENERGIE
- ☐ TRES PEU D'ENERGIE
- ☐ UN PEU D'ENERGIE
- ☐ UNE QUANTITE MOYENNE D'ENERGIE
- ☐ BEAUCOUP D'ENERGIE
- ☐ PLEIN(E) D'ENERGIE

Annexe 1 (suite) : Questionnaire IBDQ-32 FR

7. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été inquiet(e) à l'idée de devoir vous faire opérer un jour à cause de vos problèmes intestinaux ?

Veillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

8. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous dû retarder ou annuler une sortie avec des amis, de la famille, etc. en raison de vos problèmes intestinaux ? **Veillez choisir l'une des réponses suivantes :**

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

9. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu des spasmes intestinaux ? **Veillez choisir l'une des réponses suivantes :**

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT

10. Au cours des deux dernières semaines, vous est-il arrivé(e) de ne pas vous sentir bien d'une manière générale ?

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

Annexe 1 (suite) : Questionnaire IBDQ-32 FR

11. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné(e) par la crainte de ne pas trouver de toilettes?

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

12. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à pratiquer les activités sportives ou de loisirs que vous auriez aimé faire, à cause de vos problèmes intestinaux ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐ D'ENORMES DIFFICULTES ; ACTIVITES DEVENUES IMPOSSIBLES
- ☐ BEAUCOUP DE DIFFICULTES
- ☐ PAS MAL DE DIFFICULTES
- ☐ QUELQUES DIFFICULTES
- ☐ PEU DE DIFFICULTES
- ☐ PRESQUE AUCUNE DIFFICULTE
- ☐ PAS DE DIFFICULTE; MES PROBLEMES INTESTINAUX N'ONT PAS LIMITE MES ACTIVITES SPORTIVES OU DE LOISIRS

13. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu mal au ventre ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

14. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu des problèmes pour bien dormir ou vous êtes-vous réveillé(e) la nuit ?

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

Annexe 1 (suite) : Questionnaire IBDQ-32 FR

15. Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ou découragé(e) ?

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

16. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous dû éviter de sortir dans des endroits où il n'y avait pas de toilettes à proximité ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

17. Au cours des deux dernières semaines, le fait d'évacuer beaucoup de gaz intestinaux a-t-il été un problème pour vous ?

- ☐ UN PROBLEME ENORME
- ☐ UN GROS PROBLEME
- ☐ UN PROBLEME IMPORTANT
- ☐ UN PROBLEME MOYENNEMENT IMPORTANT
- ☐ UN LEGER PROBLEME
- ☐ PRESQUE PAS UN PROBLEME
- ☐ PAS UN PROBLEME

18. Globalement, au cours des deux dernières semaines, le fait de maintenir ou d'atteindre le poids que vous souhaitez avoir a-t-il été un problème pour vous ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐ UN PROBLEME ENORME
- ☐ UN GROS PROBLEME
- ☐ UN PROBLEME IMPORTANT
- ☐ UN PROBLEME MOYENNEMENT IMPORTANT
- ☐ UN LEGER PROBLEME
- ☐ PRESQUE PAS UN PROBLEME
- ☐ PAS UN PROBLEME

Annexe 1 (suite) : Questionnaire IBDQ-32 FR

19. Beaucoup de patient(e)s ayant des problèmes intestinaux ressentent souvent de l'inquiétude et de l'angoisse à propos de leur maladie. Cette inquiétude peut être la crainte d'avoir un jour un cancer, de ne jamais se sentir mieux ou de faire une rechute. Globalement, au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) inquiet(ète) ou anxieux(se) ?

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

20. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu des ballonnements intestinaux ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

21. Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) détendu(e) et décontracté(e) ?

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

22. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous remarqué qu'il y avait du sang dans vos selles ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

Annexe 1 (suite) : Questionnaire IBDQ-32 FR

23. Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) embarrassé(e) à cause de vos problèmes intestinaux ?

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

24. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné(e) par la sensation d'avoir à aller aux toilettes alors que vos intestins étaient vides ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

25. Au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) perturbé(e) ou sur le point de pleurer ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

26. Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous été gêné(e) parce que vous aviez tâché vos sous-vêtements ?

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

Annexe 1 (suite) : Questionnaire IBDQ-32 FR

27. Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous éprouvé du ressentiment à cause de vos problèmes intestinaux ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes:

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

28. Au cours des 2 dernières semaines, vos problèmes intestinaux ont-ils limité votre activité sexuelle ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐ PAS D'ACTIVITE SEXUELLE EN RAISON DE MES PROBLEMES INTESTINAUX
- ☐ LIMITATION IMPORTANTE EN RAISON DE MES PROBLEMES INTESTINAUX
- ☐ LIMITATION MOYENNE EN RAISON DE MES PROBLEMES INTESTINAUX
- ☐ LIMITATION LEGERE EN RAISON DE MES PROBLEMES INTESTINAUX
- ☐ LIMITATION TRES LEGERE EN RAISON DE MES PROBLEMES INTESTINAUX
- ☐ PRESQUE PAS DE LIMITATION EN RAISON DE MES PROBLEMES INTESTINAUX
- ☐ AUCUNE LIMITATION EN RAISON DE MES PROBLEMES INTESTINAUX

29. Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous eu des nausées ou avez-vous eu envie de vomir ?

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

30. Au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) irritable ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

Annexe 1 (suite) : Questionnaire IBDQ-32 FR

31. Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous ressenti un manque de compréhension de la part des autres ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes :

- ☐ TOUT LE TEMPS
- ☐ PRESQUE TOUT LE TEMPS
- ☐ ASSEZ SOUVENT
- ☐ PARFOIS
- ☐ RAREMENT
- ☐ TRES RAREMENT
- ☐ JAMAIS

32. Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous été satisfait(e), heureux(se) ou content(e) de votre vie personnelle ? Veuillez choisir l'une des réponses suivantes:

- ☐ TRES INSATISFAIT(E), MALHEUREUX(SE) LA PLUPART DU TEMPS
- ☐ GENERALEMENT INSATISFAIT(E), MALHEUREUX(SE)
- ☐ UN PEU INSATISFAIT(E), MALHEUREUX(SE)
- ☐ GENERALEMENT SATISFAIT(E), CONTENT(E)
- ☐ SATISFAIT(E) LA PLUPART DU TEMPS, HEUREUX(SE)
- ☐ TRES SATISFAIT(E) LA PLUPART DU TEMPS, HEUREUX(SE)
- ☐ EXTREMEMENT SATISFAIT(E), JE N'AURAIS PAS PU ETRE PLUS HEUREUX(SE) OU CONTENT(E)

Annexe 2 : Questionnaire Médecin Traitant / Gastro-entérologue

THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

« ETUDE DE LA QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS ATTEINTS DE MICI EN MÉDECINE DE VILLE »

NOM du patient : _____

QUESTIONNAIRE

1) Comment évaluez-vous la qualité de vie de votre patient ?

Très insatisfaisante	Insatisfaisante	Ni satisfaisante, ni insatisfaisante	Satisfaisante	Très satisfaisante
----------------------	-----------------	---	---------------	--------------------

2) Comment évaluez-vous l'état physique de votre patient ? (Degré d'autonomie, capacité fonctionnelle globale)

Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Ni satisfaisant, ni insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
---------------------	----------------	---------------------------------------	--------------	-------------------

3) Comment évaluez-vous l'état somatique de votre patient ? (Symptômes en lien avec la maladie ou les traitements)

Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Ni satisfaisant, ni insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
---------------------	----------------	---------------------------------------	--------------	-------------------

4) Comment évaluez-vous l'état psychologique de votre patient ? (Anxiété, dépression)

Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Ni satisfaisant, ni insatisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
---------------------	----------------	---------------------------------------	--------------	-------------------

5) Comment évaluez-vous la vie sociale de votre patient ? (Capacités de travail, environnement familial, loisirs...)

Très insatisfaisante	Insatisfaisante	Ni satisfaisante, ni insatisfaisante	Satisfaisante	Très satisfaisante
----------------------	-----------------	---	---------------	--------------------

VIII. Liste des abréviations

5-ASA : 5 amino-salycilés

AcMono : Anti-IL

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

Anti-IL : Anti-interleukines

Anti-TNF alpha : Anti-Tumor Necrosis Factor alpha

CCT : Corticothérapie

CDAI : Crohn Disease Activity Index

CMV : Cytomégalovirus

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CRP : C Reactive Protein

EPIMAD : Registre des Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin du Nord-Ouest de la France

FOGD : Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale

GE : Gastro-Entérologue

HRQOL : Health Related Quality Of Life

IBDQ : Inflammatory Bowel Disease

MC : Maladie de Crohn

MICI : Maladies Inflammatoires du Colon et de l'Intestin

MT : Médecin Traitant

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QDV : Qualité De Vie

RCH : Rectocolite Hémorragique

VGM : Volume Globulaire Moyen

VS : Vitesse de Sédimentation

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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