

1 **QUALITÉ DE L'ANNONCE DIAGNOSTIQUE DES MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE**
2 **L'INTESTIN : EXPÉRIENCE DU CHU TANGER-TÉTOUAN-AL HOCEIMA À PROPOS DE 226 CAS**

3

4

5 **RÉSUMÉ**

6 **Introduction** : L'annonce diagnostique d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)
7 représente un moment crucial dans le parcours de soins, susceptible d'influencer l'acceptation de la
8 maladie et l'observance thérapeutique. Peu d'études marocaines ont évalué sa qualité réelle.

9 **Objectifs** : Décrire les modalités de l'annonce diagnostique des MICI au CHU Tanger-Tétouan-Al
10 Hoceima, évaluer la satisfaction des patients, identifier les facteurs associés à une annonce de qualité
11 et définir les pistes d'amélioration.

12 **Méthodes** : Étude transversale rétrospective incluant 226 patients suivis pour MICI (maladie de Crohn
13 ou RCH). Un questionnaire spécifique a recueilli les données démographiques, cliniques et les
14 modalités d'annonce. La satisfaction était évaluée sur une échelle de 0 à 10.

15 **Résultats** : L'âge moyen était de 38 ans (15-86 ans) avec une prédominance féminine (55,4%). La
16 maladie de Crohn concernait 68,9% des patients. L'annonce a eu lieu principalement hors CHU
17 (50,4%). La durée d'annonce était de 16-30 minutes pour 42% des patients. Seuls 37,9% des patients
18 jugeaient l'annonce de bonne qualité. Les facteurs associés à une bonne annonce étaient une durée
19 >15 min (59,5%) et un accès facile à l'équipe (51,8%). Une mauvaise annonce était associée à
20 l'absence de langage simplifié (61,6%), une durée <15 min (52,1%) et l'impossibilité de poser des
21 questions (49,3%). Les principales pistes d'amélioration étaient un circuit multidisciplinaire (49,1%) et
22 des documents simplifiés (45,8%).

23 **Conclusion** : La satisfaction concernant l'annonce diagnostique des MICI est insuffisante (37,9%).
24 L'amélioration passe par la formation des soignants, la structuration de consultations dédiées et la
25 mise à disposition de supports adaptés au contexte marocain.

26 **Mots-clés** : MICI, annonce diagnostique, relation médecin-patient, satisfaction, maladie de Crohn,
27 RCH, Maroc

28

29 **ABSTRACT**

30 **Introduction**: The diagnostic disclosure of a chronic inflammatory bowel disease (IBD) represents a
31 crucial moment in the care pathway, potentially influencing the acceptance of the disease and
32 therapeutic adherence. Few Moroccan studies have evaluated its actual quality.

33 **Objectives**: To describe the modalities of IBD diagnostic disclosure at the Tanger-Tetouan-Al Hoceima
34 University Hospital, assess patient satisfaction, identify factors associated with quality disclosure, and
35 define avenues for improvement.

36 **Methods**: This was a retrospective cross-sectional study including 226 patients followed for IBD
37 (Crohn's disease or UC). A specific questionnaire collected demographic and clinical data, as well as
38 disclosure modalities. Satisfaction was assessed on a scale of 0 to 10.

39 **Results**: The mean age was 38 years (range 15-86 years) with a female predominance (55.4%).
40 Crohn's disease affected 68.9% of patients. Disclosure occurred mainly outside the university hospital

41 (50.4%). The disclosure duration was 16-30 minutes for 42% of patients. Only 37.9% of patients
42 considered the disclosure to be of good quality. Factors associated with good disclosure were a
43 duration >15 min (59.5%) and easy access to the care team (51.8%). Poor disclosure was associated
44 with the absence of simplified language (61.6%), a duration <15 min (52.1%), and the impossibility of
45 asking questions (49.3%). The main avenues for improvement were a multidisciplinary pathway
46 (49.1%) and simplified documents (45.8%).

47 **Conclusion:** Satisfaction with IBD diagnostic disclosure is insufficient (37.9%). Improvement requires
48 training healthcare professionals, structuring dedicated consultations, and providing support
49 materials adapted to the Moroccan context.

50 **Keywords:** IBD, diagnostic disclosure, physician-patient relationship, satisfaction, Crohn's disease, UC,
51 Morocco

52

53

54 I- INTRODUCTION

55 Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), principalement représentées par la
56 maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique (RCH), constituent un groupe d'affections digestives
57 évolutives dont l'incidence ne cesse de croître à l'échelle mondiale (1)

58 Au Maroc, à l'instar d'autres pays du Maghreb, on observe une augmentation notable de leur
59 fréquence au cours des dernières années, mettant en évidence des caractéristiques épidémiologiques
60 et cliniques différentes. (2)

61 Ces pathologies, avec leur caractère chronique et imprévisible et leur influence considérable sur la
62 qualité de vie, représentent un défi thérapeutique et psychologique majeur aussi bien pour les
63 patients que pour les professionnels du secteur médical.

64 L'annonce de la présence d'une MICI constitue un moment important dans le parcours de soins. Elle
65 ne se contente pas de transmettre des informations médicales, elle joue aussi un rôle dans la
66 construction de la future relation thérapeutique, l'acceptation des maladies chroniques et
67 l'observance des traitements sur le long terme (3).

68 Une nouvelle difficile à accepter peut engendrer de l'anxiété, de la dépression et une détérioration
69 importante de la relation thérapeutique, compromettant ainsi le soin dans son ensemble (4).

70 Les recommandations internationales, notamment celles de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des
71 sociétés spécialisées en hépato-gastroentérologie, mettent en avant l'importance d'une annonce
72 diagnostique organisée qui respecte des étapes définies : un moment approprié et réservé, une
73 communication adaptée à la compréhension du patient, une information progressive, la remise de
74 documents écrits et l'offre d'un soutien psychologique si nécessaire (6,7). Cependant, sont-elles
75 réellement appliquées dans la pratique clinique de tous les jours ? Est-ce qu'il existe des disparités
76 selon les institutions de santé ?

77 Les recommandations internationales, notamment celles de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des
78 sociétés spécialisées en hépato-gastroentérologie, mettent en avant l'importance d'une annonce
79 diagnostique organisée qui respecte des étapes définies : un moment approprié et réservé, une
80 communication adaptée à la compréhension du patient, une information progressive, la remise de
81 documents écrits et l'offre d'un soutien psychologique si nécessaire (6,7). Cependant, sont-elles

82 réellement appliquées dans la pratique clinique de tous les jours ? Est-ce qu'il existe des disparités
83 selon les institutions de santé ?

84 L'objectif de notre étude est de décrire le déroulement de l'annonce diagnostique, évaluer la qualité
85 de point de vue du patient, identifier les facteurs associés à la qualité de l'annonce et définir les pistes
86 d'amélioration afin d'aider nos patients.

87

88 II- MATÉRIEL ET MÉTHODES

89 Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique, à visée rétrospective, au sein du
90 service d'Hépatogastroentérologie du Centre Hospitalier Universitaire Tanger-Tétouan-Al Hoceima
91 (CHU-TTA). La période d'étude s'est déroulée de [à préciser, exemple : janvier à juin 2024].

92 Ont été inclus dans cette étude tous les patients suivis régulièrement dans le service pour une
93 maladie inflammatoire chronique de l'intestin (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique), ayant
94 accepté de participer à l'enquête après information éclairée. Aucun critère d'exclusion lié à l'âge, au
95 sexe ou à l'ancienneté de la maladie n'a été appliqué, afin d'obtenir un échantillon représentatif de la
96 population suivie.

97 Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré, élaboré spécifiquement pour
98 cette étude par les investigateurs, après revue de la littérature et des recommandations existantes sur
99 l'annonce diagnostique. Ce questionnaire comportait quatre sections distinctes :

- 100 1. **Caractéristiques sociodémographiques** : âge, sexe, situation professionnelle (avec ou sans
101 activité professionnelle).
- 102 2. **Caractéristiques cliniques** : type de MICI (maladie de Crohn ou RCH), ancienneté du
103 diagnostic (délai entre le diagnostic et la participation à l'étude), activité de la maladie au
104 moment de l'annonce (poussée ou rémission).
- 105 3. **Modalités de l'annonce diagnostique** : lieu de l'annonce (CHU Tanger, autre structure,
106 secteur libéral), durée de la consultation d'annonce (1-5 min, 6-15 min, 16-30 min, >30 min),
107 présence ou non d'un accompagnant, qualité du langage utilisé (langage simplifié ou non),
108 possibilité de poser des questions, accès ultérieur à l'équipe soignante (téléphone,
109 messagerie).
- 110 4. **Évaluation de la satisfaction et pistes d'amélioration** : la satisfaction globale concernant
111 l'annonce a été évaluée à l'aide d'une échelle numérique de 0 à 10. Les scores ont été
112 catégorisés en trois groupes : bonne qualité (note ≥ 8), qualité moyenne (note entre 5 et 7),
113 mauvaise qualité (note ≤ 4). Les patients étaient également invités à proposer des pistes
114 d'amélioration selon leurs souhaits (circuit multidisciplinaire, documents simplifiés,
115 consultations d'annonce dédiées, autres propositions).

116 La collecte et la gestion des données ont été réalisées via la plateforme Google Forms, permettant
117 une saisie standardisée et un export facilité pour l'analyse.

118 Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel et du logiciel SPSS version 26.0 (IBM
119 Corp., Armonk, NY, États-Unis). Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et
120 pourcentages, tandis que les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes (\pm écart-type) ou
121 en médianes avec leurs extrêmes selon leur distribution.

122 La recherche de facteurs associés à la qualité de l'annonce (bonne qualité vs mauvaise qualité) a été
123 réalisée par des tests de comparaison : test du Chi² ou test exact de Fisher pour les variables
124 qualitatives, selon les conditions d'application. Un seuil de significativité a été fixé pour $p < 0,05$.

125

126 **Considérations éthiques**

127 Cette étude a été menée dans le respect des principes éthiques de la déclaration d'Helsinki. Tous les
128 patients ont été informés des objectifs de l'étude et ont donné leur consentement libre et éclairé
129 pour participer. L'anonymat et la confidentialité des données ont été strictement respectés tout au
130 long de l'étude, aucun identifiant personnel n'ayant été collecté.

131

132 **III- RÉSULTATS**

133 **1- Caractéristiques de la population d'étude**

134 Notre étude a inclus 226 patients suivis pour MICI au CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceïma. Les
135 caractéristiques de cette population sont détaillées dans le Tableau 1.

136 L'âge moyen des patients était de 38 ans, avec des extrêmes allant de 15 à 86 ans. La population était
137 majoritairement féminine, avec 125 femmes (55,4%) contre 101 hommes (44,6%), soit un sex-ratio de
138 0,8.

139 Concernant la situation professionnelle, plus de la moitié des participants (132 patients, soit 58,4%)
140 n'avaient pas d'activité professionnelle, tandis que 94 patients (41,6%) exerçaient une profession.

141 Sur le plan nosologique, la maladie de Crohn prédominait nettement, concernant 156 patients
142 (69,0%), alors que 70 patients (31,0%) étaient atteints de rectocolite hémorragique.

143 Le délai médian entre le diagnostic de la maladie et la participation à la présente étude était de 3 ans
144 (extrêmes : [à préciser si disponibles, exemple : 1 mois à 20 ans]).

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156 **Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients (N=226)**

Caractéristique	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Âge moyen (ans)	38 (15-86)	-
Sexe		
- Femmes	125	55,4
- Hommes	101	44,6
Situation professionnelle		
- Sans profession	132	58,4
- Activité professionnelle	94	41,6
Type de MICI		
- Maladie de Crohn	156	69,0
- RCH	70	31,0

157

158 2- Modalités de l'annonce diagnostique

159 Les conditions dans lesquelles s'est déroulée l'annonce diagnostique sont présentées dans le Tableau
160 2.

- 161 a) **Lieu de l'annonce** : Dans la moitié des cas (114 patients, soit 50,4%), l'annonce a eu lieu
162 dans une structure de soins autre que notre CHU (hôpitaux provinciaux, centres de santé,
163 etc.). Le CHU Tanger était le lieu d'annonce pour 57 patients (25,2%), tandis que le
164 secteur libéral concernait 24 patients (10,6%). Pour 31 patients (13,8%), cette information
165 n'était pas précisée.
- 166 b) **Durée de l'annonce** : La durée de la consultation d'annonce était variable. La tranche la
167 plus fréquente était de 16 à 30 minutes, concernant 95 patients (42,0%). Soixante-trois
168 patients (27,9%) rapportaient une durée de 6 à 15 minutes, et 48 patients (21,2%) une
169 durée très courte de 1 à 5 minutes. Seuls 20 patients (8,9%) avaient bénéficié d'une
170 annonce de plus de 30 minutes.
- 171 c) **Présence d'un accompagnant** : Une majorité de patients (135, soit 60,5%) étaient
172 accompagnés lors de l'annonce du diagnostic.

173 d) **Contexte clinique** : L'annonce a eu lieu très majoritairement en période de poussée de la
 174 maladie pour 186 patients (83,0%), contre seulement 38 patients (17,0%) qui étaient en
 175 rémission.

176

177 **Tableau 2 : Modalités de l'annonce diagnostique (N=226)**

Modalité	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Lieu de l'annonce		
- Autre structure	114	50,4
- CHU Tanger	57	25,2
- Secteur libéral	24	10,6
- Non précisé	31	13,8
Durée de l'annonce		
- 1-5 minutes	48	21,2
- 6-15 minutes	63	27,9
- 16-30 minutes	95	42,0
- >30 minutes	20	8,9
Présence d'un accompagnant	135	60,5
Activité de la maladie		
- En poussée	186	83,0
- En rémission	38	17,0

178

179

180 3- Évaluation de la satisfaction des patients

181 L'évaluation de la satisfaction des patients concernant l'annonce diagnostique, basée sur une échelle
182 de 0 à 10, a montré des résultats contrastés (Figure 1).

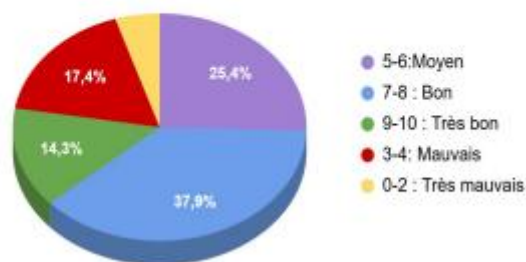
183 Parmi les 226 patients, 181 ont attribué une note (45 patients, soit 19,4%, n'ont pas renseigné ce
184 critère). La répartition était la suivante :

- 185 • **Bonne qualité (note ≥ 8)** : 85 patients, soit 37,9% de l'ensemble des participants (ou 47,0%
186 des patients ayant répondu).
- 187 • **Qualité moyenne (note 5-7)** : 57 patients, soit 25,4% (ou 31,5% des répondants).
- 188 • **Mauvaise qualité (note ≤ 4)** : 39 patients, soit 17,3% (ou 21,5% des répondants).

189 Ainsi, moins de deux patients sur cinq considèrent que l'annonce de leur MICI a été de bonne qualité.

190 **Figure 1 : Répartition de la satisfaction des patients concernant l'annonce diagnostique (N=181**
191 **répondants)**

**Echelle numérique de la satisfaction de
l'annonce (note de 0 à 10)**



192

193 4- Facteurs associés à la qualité de l'annonce

194 L'analyse des facteurs associés à la perception d'une bonne ou d'une mauvaise qualité de l'annonce a
195 mis en évidence plusieurs éléments significatifs, résumés dans le Tableau 3.

196 a) Facteurs associés à une bonne qualité d'annonce (note ≥ 8) :

- 197 • Une **durée de consultation supérieure à 15 minutes** était rapportée par 59,5% des patients
198 satisfaits.
- 199 • Un **accès facile à l'équipe soignante** après l'annonce (par téléphone ou messagerie) était
200 mentionné par 51,8% des patients satisfaits.

201 b) Facteurs associés à une mauvaise qualité d'annonce (note ≤ 4) :

- 202 • L'**absence d'un langage simplifié** pour expliquer la maladie était le facteur le plus
203 fréquemment cité, concernant 61,6% des patients insatisfaits.
- 204 • Une **durée de consultation inférieure à 15 minutes** était rapportée par 52,1% des patients
205 insatisfaits.

206 • L'impossibilité de poser des questions lors de la consultation était mentionnée par 49,3%
207 des patients insatisfaits.

208 Ces associations suggèrent que la qualité perçue de l'annonce est fortement liée à des éléments
209 concrets de la communication et du temps accordé au patient.

210

211 **Tableau 3 : Facteurs associés à la perception de la qualité de l'annonce**

Facteurs	Associés à une bonne qualité (%)	Associés à une mauvaise qualité (%)
Durée de consultation >15 min	59,5	-
Accès facile à l'équipe soignante	51,8	-
Absence de langage simplifié	-	61,6
Durée de consultation <15 min	-	52,1
Impossibilité de poser des questions	-	49,3

212

213 5- Pistes d'amélioration proposées par les patients

214 Interrogés sur les améliorations qu'ils souhaiteraient voir mises en place, les patients ont exprimé
215 plusieurs souhaits, illustrés dans la Figure 2 :

216 • La création d'un **circuit multidisciplinaire** (impliquant gastro-entérologue, infirmier,
217 psychologue, diététicien, etc.) était la proposition la plus fréquente, citée par 111 patients
218 (49,1%).

219 • La **remise de documents simplifiés** sur la maladie (brochures, fiches d'information) était
220 souhaitée par 104 patients (45,8%).

221 • L'**ouverture de consultations d'annonce dédiées**, avec un temps spécifiquement réservé à
222 cette étape, était demandée par 88 patients (38,9%).

223 D'autres propositions, non chiffrées, ont également été recueillies, notamment concernant le soutien
224 psychologique et l'implication des associations de patients.

225

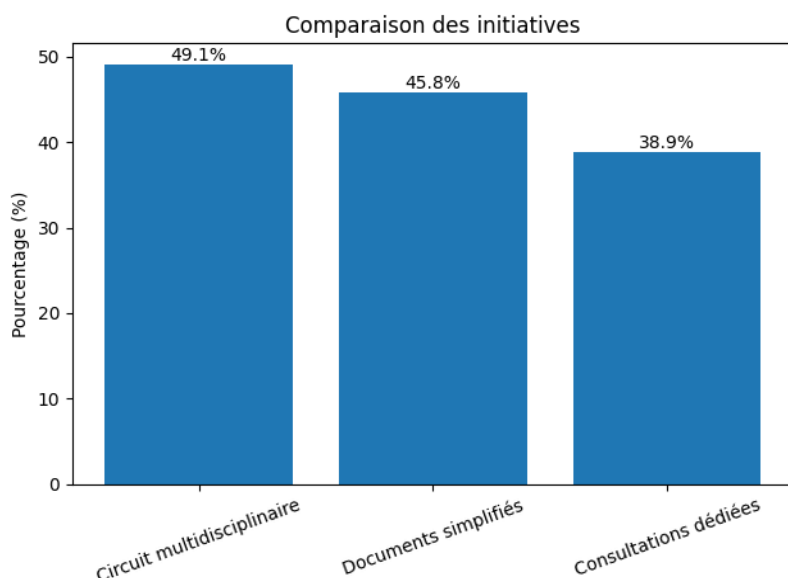
226

227

228

229

230 **Figure 2 : Pistes d'amélioration proposées par les patients (N=226)**



231

232

233 **IV- DISCUSSION**

234 Notre étude, menée auprès de 226 patients suivis pour MICI au CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima,
235 apporte un éclairage original sur la qualité de l'annonce diagnostique dans un contexte marocain. Le
236 principal résultat est que seulement 37,9% des patients jugent cette annonce de bonne qualité,
237 révélant une marge d'amélioration considérable dans la communication médecin-patient à ce
238 moment crucial du parcours de soins.

239 Ce taux de satisfaction est inférieur à celui rapporté dans certaines études européennes. Ainsi, une
240 enquête française menée auprès de 200 patients atteints de MICI avait montré un taux de
241 satisfaction de 62% concernant l'information reçue au moment du diagnostic (8). De même, une
242 étude britannique rapportait que 68% des patients se disaient satisfaits de l'annonce de leur MICI (9).
243 Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces différences. D'une part, le contexte culturel et
244 l'organisation des soins au Maroc diffèrent : l'annonce a eu lieu hors CHU dans plus de la moitié des
245 cas (50,4%), probablement dans des structures disposant de moins de temps et de ressources
246 dédiées à cette étape spécifique. D'autre part, l'absence de consultation d'annonce formalisée,
247 encore peu répandue dans notre pays, pourrait contribuer à ces résultats.

248 Nos résultats mettent en évidence des facteurs modifiables associés à la qualité de l'annonce.
249 **La durée de consultation** apparaît comme un élément central : une durée supérieure à 15 minutes
250 était associée à une bonne satisfaction (59,5%), tandis qu'une durée inférieure à 15 minutes était liée
251 à une mauvaise perception (52,1%). Ces données sont en accord avec les recommandations de la HAS
252 qui préconise une consultation dédiée d'au moins 30 minutes pour l'annonce d'une maladie
253 chronique (6). Il est en effet nécessaire de prendre du temps pour expliquer, répondre aux
254 interrogations et laisser les émotions se manifester. Dans une recherche qualitative concernant
255 l'annonce des MICI, les patients ont souligné l'importance de « ne pas se sentir pressé » et d'avoir la
256 possibilité de « prendre le temps de comprendre » (10).

257 Un autre élément crucial est **la qualité de la communication**. L'absence de langage simplifié (61,6%
258 des insatisfaits) et l'impossibilité de poser des questions (49,3%) sont des obstacles majeurs à une

259 bonne annonce. La littérature souligne que l'utilisation d'un jargon médical inadapté est une source
260 fréquente d'incompréhension et d'anxiété (11). Une communication axée sur le patient, utilisant un
261 vocabulaire clair et assurant la compréhension via une méthode « teach-back », améliore
262 considérablement la satisfaction et la rétention des informations (12). Au Maroc, la barrière de la
263 langue peut renforcer la complexité médicale, d'où l'importance d'ajuster le discours et d'employer le
264 darija (arabe dialectal) si nécessaire.

265 **L'accès facile à l'équipe médicale après l'annonce**, mentionné par 51,8% des patients contents, est
266 un élément fréquemment négligé. Le diagnostic de MICI génère de nombreuses questions dans les
267 jours et semaines qui suivent. La facilité à joindre un professionnel de la santé procure une certaine
268 tranquillité d'esprit et prévient des situations d'errance ou de stress accru (13). Dans le but
269 d'optimiser le suivi des patients atteints de MICI (14), il est conseillé d'établir une ligne téléphonique
270 spécifique ou un service de messagerie sécurisée.

271 Les patients participant à notre recherche ont clairement déterminé leurs priorités d'amélioration. La
272 demande **d'un circuit multidisciplinaire** (49,1%) reflète la complexité de la prise en charge des MICI
273 qui nécessite l'intervention de plusieurs professionnels : gastro-entérologue bien sûr, mais aussi
274 infirmier de coordination, psychologue, diététicien, assistante sociale, et association de patients (15).
275 L'éducation thérapeutique, qui débute dès l'annonce, s'intègre parfaitement dans cette approche
276 multidisciplinaire (16).

277 **La remise de documents simplifiés** (45,8%) est une demande classique mais essentielle.
278 L'information orale, même de qualité, est souvent mal mémorisée, surtout dans un contexte
279 émotionnel fort (17). Des supports écrits, clairs, illustrés, et si possible traduits en arabe,
280 permettraient au patient de revenir sur l'information à son rythme et d'en discuter avec ses proches
281 (18). Des associations comme l'AFA (Association François Aupetit) en France ou des initiatives locales
282 pourraient être sollicitées pour co-construire ces documents.

283 Enfin, la demande de **consultations d'annonce dédiées** (38,9%) montre que les patients sont
284 conscients de la spécificité de ce moment. Il ne s'agit pas d'une consultation comme les autres, et elle
285 mérite un cadre particulier. Des modèles de consultation d'annonce structurée existent, comme le
286 protocole SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy) initialement
287 développé en oncologie mais tout à fait adaptable aux MICI (19). Ce type de démarche pourrait être
288 formellement évalué dans notre contexte.

289 **Forces et limites de l'étude**

290 Notre travail présente plusieurs forces. Il s'agit de la première étude marocaine, à notre
291 connaissance, à évaluer spécifiquement la qualité de l'annonce diagnostique des MICI avec un
292 échantillon conséquent de 226 patients. Il a permis d'identifier des facteurs modifiables concrets,
293 ouvrant des perspectives d'amélioration immédiates. Enfin, il donne la parole aux patients,
294 recueillant leurs souhaits et priorités.

295 Cependant, certaines limites doivent être mentionnées. Le caractère rétrospectif expose à **un biais de**
296 **mémorisation** : le délai médian de 3 ans entre le diagnostic et l'enquête peut avoir altéré le souvenir
297 précis des conditions de l'annonce. Une étude prospective, avec recueil des données juste après
298 l'annonce, serait plus fiable. L'absence de données sur **le niveau d'éducation** des patients est une
299 limite, car celui-ci influence probablement la compréhension et la perception de l'information (20). Le
300 questionnaire utilisé, bien que construit à partir de la littérature, n'a pas fait l'objet d'une validation
301 formelle. Enfin, il s'agit d'une **étude monocentrique**, ce qui limite la généralisation des résultats à
302 d'autres contextes marocains.

303 **Implications pour la pratique clinique et perspectives**

304 Malgré ces limites, notre étude a des implications pratiques immédiates. Elle suggère plusieurs axes
305 d'intervention pour améliorer l'annonce diagnostique des MICI au CHU Tanger-Tétouan-Al Hoceima et
306 au-delà :

- 307 ✓ **Former les médecins** à la communication et aux techniques d'annonce (ateliers, simulation,
308 formation continue).
- 309 ✓ **Structurer un parcours d'annonce** : programmer une consultation dédiée d'au moins 30
310 minutes, permettant la présence d'un accompagnant.
- 311 ✓ **Développer des supports d'information** clairs, simples, bilingues (français/arabe) et les
312 remettre systématiquement.
- 313 ✓ **Faciliter l'accès à l'équipe** après l'annonce (carte avec numéro de téléphone, modalités de
314 contact).
- 315 ✓ **Mettre en place une coordination pluridisciplinaire** en identifiant des correspondants
316 (psychologue, diététicien, association de patients) vers qui orienter précocement.

317 Ces améliorations pourraient faire l'objet d'une **étude interventionnelle future**, comparant la
318 satisfaction des patients avant et après la mise en place de ces mesures, et évaluant leur impact sur
319 des critères de suivi à long terme comme l'observance, la qualité de vie ou le recours aux soins.

320 **CONCLUSION**

321 L'annonce diagnostique des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin au CHU Tanger-
322 Tétouan-Al Hoceima est jugée satisfaisante par seulement 37,9% des patients. Les facteurs
323 d'insatisfaction identifiés – durée insuffisante, langage inadapté, impossibilité de poser des questions,
324 difficulté d'accès à l'équipe – sont pour la plupart modifiables par des interventions ciblées et peu
325 coûteuses.

326 La mise en place d'une consultation d'annonce structurée, la formation des soignants à la
327 communication, le développement de supports d'information adaptés au contexte marocain et
328 l'organisation d'un circuit multidisciplinaire pourraient significativement améliorer l'expérience des
329 patients. À terme, une meilleure annonce contribuerait probablement à une meilleure acceptation de
330 la maladie, une observance thérapeutique renforcée et, in fine, une amélioration de la qualité de vie
331 des patients atteints de MICI.

332 Une étude interventionnelle évaluant concrètement l'impact de ces mesures serait la prochaine
333 étape logique pour valider scientifiquement cette démarche d'amélioration de la qualité des soins.

334

335

336

337

338

339

340

341

343 **RÉFÉRENCES**

- 344 1. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al. Worldwide incidence
345 and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of
346 population-based studies. *Lancet*. 2017;390(10114):2769-78.
- 347 2. El Mouhafid F, El Yousfi M, Benelbarhdadi I, Ajana FZ, Essamri W, Afifi R, et al. Les maladies
348 inflammatoires chroniques de l'intestin au Maroc : épidémiologie et prise en charge. *J Afr*
349 *Hépatol Gastroenterol*. 2015;9(3):124-9.
- 350 3. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*.
351 2004;363(9405):312-9.
- 352 4. Hauser G, Tkalcic M, Stimac D, Mijandrusic-Sincic B. Gender differences in quality of life in
353 patients with inflammatory bowel disease. *Coll Antropol*. 2011;35(Suppl 2):231-5.
- 354 5. Siegel CA. What factors do patients with IBD consider when making treatment decisions?
355 *GastroenterolHepatol (N Y)*. 2014;10(10):668-70.
- 356 6. Haute Autorité de Santé. Annonce d'une maladie chronique : guide parcours de soins. Saint-
357 Denis La Plaine:HAS; 2014.
- 358 7. American Gastroenterological Association. AGA Institute medical position statement on the
359 management of mild-to-moderate ulcerative colitis. *Gastroenterology*. 2019;156(3):748-64.
- 360 8. Nahon S, Lahmek P, Durance C, Olympie A, Lesgourgues B, Colombel JF, et al. Quality of life in
361 patients with inflammatory bowel disease: results from a French survey. *DigLiver Dis*.
362 2012;44(8):643-8.
- 363 9. Rubin GP, Hungin AP, Chinn DJ, Dwarakanath AD. Quality of life in patients with established
364 inflammatory bowel disease: a UK general practice survey. *Aliment Pharmacol Ther*.
365 2004;19(5):529-35.
- 366 10. Wolfe BJ, Sirois FM. Beyond the diagnosis: a qualitative exploration of the experience of living
367 with inflammatory bowel disease. *J Health Psychol*. 2008;13(8):1032-42.
- 368 11. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the
369 literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903-18.
- 370 12. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, et al. Closing the loop:
371 physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern*
372 *Med*. 2003;163(1):83-90.
- 373 13. Kennedy A, Robinson A, Hann M, Thompson D, Wilkin D. A cluster-randomised controlled trial
374 of a patient-centred guidebook for patients with ulcerative colitis: effect on knowledge,
375 anxiety and quality of life. *Health TechnolAssess*. 2003;7(11):1-104.
- 376 14. de Jong MJ, van der Meulen-de Jong AE, Romberg-Camps MJ, Becx MC, Maljaars JP, Cilissen
377 M, et al. Telemedicine for management of inflammatory bowel disease (myIBDcoach): a
378 pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2017;390(10098):959-68.
- 379 15. Mowat C, Cole A, Windsor A, Ahmad T, Arnott I, Driscoll R, et al. Guidelines for the
380 management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2011;60(5):571-607.

- 381 16. Lesage AC, Hagège H, Tucat G, Gendre JP. Résultats d'un programme d'éducation
382 thérapeutique chez des patients atteints de maladie de Crohn. Gastroenterol Clin Biol.
383 2008;32(1):12-7.
- 384 17. Kessels RP. Patients' memory for medical information. J R Soc Med. 2003;96(5):219-22.
- 385 18. Smith SK, Trevena L, Nutbeam D, Barratt A, McCaffery KJ. Information needs and preferences
386 of low and high literacy consumers for decisions about colorectal cancer screening: utilizing a
387 linguistic model. Health Expect. 2008;11(2):123-36.
- 388 19. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gliner G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for
389 delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.
- 390 20. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health
391 outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011;155(2):97-107.

392

393 **LÉGENDES DES TABLEAUX**

394 **Tableau 1** : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients (N=226)

395 **Tableau 2** : Modalités de l'annonce diagnostique (N=226)

396 **Tableau 3** : Facteurs associés à la perception de la qualité de l'annonce

397

398 **LÉGENDES DES FIGURES**

399 **Figure 1** : Répartition de la satisfaction des patients concernant l'annonce diagnostique (N=181
400 répondants)

401 **Figure 2** : Pistes d'amélioration proposées par les patients (N=226)

402

403