

Analyse Descriptive sur l'échantillon total des patients

1.1 Description de l'échantillon

1.1.1 Données sociodémographiques et cliniques des patients

141 sujets ont été inclus dans le protocole de recherche « Evaluation des marqueurs immunologiques, inflammatoires et psychologiques de la rechute de la maladie de Crohn ». Nous avons retenus 98 participants, pour évaluer l'impact des facteurs psychosociaux sur la rechute (figure 18). Ainsi, 43 participants ont été écartés principalement pour deux motifs. En effet, certains sujets n'ont pas souhaité participer à l'axe de l'étude évaluant les facteurs psychologiques. D'autres sujets ont préféré stopper leur implication au fur et à mesure de la passation des questionnaires.

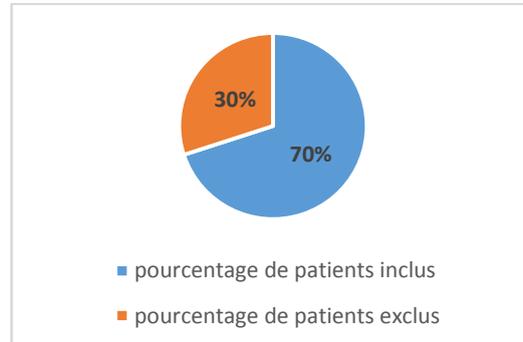


Figure 18 Proportion des patients retenus dans l'échantillon

Au total, notre échantillon est composé de 61 femmes et de 37 hommes (tableau 8), suivis dans les centres hospitaliers de Lyon Sud, Saint Etienne et de Clermont Ferrand. L'âge moyen de l'échantillon est de 40 ans.

Outre le rapport Homme/Femme, notre échantillon manque également d'homogénéité dans la représentation des catégories socio-professionnelles. En effet, on note un nombre plus important de sujets dans la catégorie « employé » (51%).

Lors de l'inclusion des patients, les variables biologiques et cliniques pertinentes pour notre objet d'étude, ont été contrôlées. A l'aide des dossiers médicaux des patients, les gastroentérologues ont pu définir le degré de « fréquence des rechutes ». Ainsi, notre échantillon se compose de 38,8% de patients présentant une faible fréquence de rechute, 43,9% présentant une fréquence de rechute modérée et de 17,3% présentant un niveau de fréquence de rechute élevée.

Afin de contrôler le degré de sévérité de la maladie chez les participants, nous nous sommes basés sur les antécédents de résections d'une partie des organes enflammés du système digestif. Ainsi, 48% des patients ont déjà subi une intervention chirurgicale destinée à retirer une partie touchée par enflammée de l'intestin, contre 52% des patients.

L'âge moyen du diagnostic est de 27 ans pour l'ensemble des patients. Ceux-ci sont en moyenne atteints de la maladie de Crohn depuis 11 ans.

Tableau 8 Caractéristiques sociodémographiques et biologiques de l'échantillon total des participants

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques	Echantillon total (N=98)	
	N	%
<u>Variables sociodémographiques</u>		
Age moyen en année (écart type)	40.41 (13.58)	
Genre		
Femme	61	62.2
Homme	37	37.8
CSP		
Etudiants	7	7.1
Sans emploi	8	8.2
Ouvrier	8	8.2
Employé	50	51
Profession intermédiaire	9	9.2
Profession libérale	4	3.4
Cadre	4	4.1
Artisan	10	10.2
Artisan	1	1
Agriculteur	1	1
<u>Variables cliniques</u>		
Age diagnostic moyen en année (écart type)	27.48 (1.74)	
Durée moyenne de la maladie en année (écart type)	11.82 (9.68)	
Fréquence des rechutes		
Fréquence faible	38	38.8
Fréquence modérée	43	43.9
Fréquence élevée	17.3	17.3
Antécédents résection		
Absence	51	52
Présence	47	48

1.1.2 Données manquantes

Au vu de la richesse du protocole de recherche et afin de maintenir un échantillon important de patients, nous avons choisi d'inclure dans celui-ci, les participants n'ayant pas répondu à certains questionnaires à différents temps. Par conséquent, il existe pour chaque questionnaire une proportion de réponses absentes (tableau 9). Nous notons une augmentation du taux de données manquantes au fur et à mesure des temps de passation. Celle-ci peut être expliquée par un effet de lassitude chez les sujets mais également par la sortie du protocole des sujets ayant

reçut. D'autres parts certains questionnaires (Enrichd, PCL-s) ont été introduits dans le protocole avec un léger décalage temporel comparativement aux autres questionnaires. Ces échelles n'ont pas été soumises à certains sujets, ayant pour conséquence une diminution du taux de données à M1 et M12.

Tableau 9 Proportion de données manquantes pour chaque questionnaire aux différents temps

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Coping	14,30%	21,40%	26,50%	23,50%	23,50%	24,50%	37,80%	42,90%	55,10%	44,90%	43,90%	43,90%
PSS 10	29,60%	29,60%	28,60%	22,40%	21,40%	22,40%	34,70%	39,80%	41,80%	52,00%	51,00%	56,10%
Machrostress	28,60%	31,60%	32,70%	28,60%	26,50%	27,60%	39,80%	43,90%	44,90%	56,10%	56,10%	55,10%
Hassles	17,50%	22,30%	26,20%	23,30%	23,30%	26,20%	42,70%	45,60%	47,60%	52,40%	52,40%	56,30%
PCL-s	65,30%											75,50%
SCL90-r	9,20%											53,10%
GHQ12		45,90%	44,90%	53,10%	49,00%		45,90%	49,00%	46,90%	42,90%	60,20%	
Enrichd	46,90%					43,90%						65,30%
SSq6	35,60%											60,20%
IBDQ	30,00%					37,30%						33,70%
Whoqol-bref	17,30%					30,60%						62,20%

1.1.3 Fidélité des échelles

Préalablement au calcul des scores des patients pour chaque questionnaire, nous avons veillé à vérifier la bonne fidélité des échelles que nous avons utilisées pour notre échantillon. Ainsi, nous nous sommes assurés que l'ensemble des mesures était homogène pour chaque dimension évaluées dans les échelles, à travers le calcul d'un coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach).

1.1.3.1 Les échelles de stress

La mesure de la consistance interne pour l'échelle de stress perçu PSS10 (tableau 10) est très satisfaisante. En effet, on constate que les alphas de Cronbach sont compris entre 0.77 et 0.90 entre le premier temps de mesure et le douzième mois.

Tableau 10 Coefficient de consistance interne pour l'échelle Pss10

PSS 10	
	α de Cronbach
M1	0,81
M2	0,86
M3	0,85
M4	0,85
M5	0,85
M6	0,87
M7	0,77
M8	0,86
M9	0,89
M10	0,89
M11	0,87
M12	0,9

La consistance interne est également très satisfaisante pour l'échelle Hassles, qui évalue le stress découlant des tracas quotidiens (tableau 11). En effet, les valeurs du coefficient varient entre 0.94 et 0.96 entre le premier temps de mesure et le douzième temps.

Tableau 11 Coefficient de consistance interne pour l'échelle Hassles

Hassles	
	α de Cronbach
M1	0,94
M2	0,95
M3	0,95
M4	0,96
M5	0,95
M6	0,95
M7	0,94
M8	0,96
M9	0,96
M10	0,97
M11	0,96
M12	0,96

Concernant l'échelle de stress post traumatique, PCLS, on remarque que les alphas de Cronbach sont de 0.92 pour le premier temps de mesure et de 0.91 pour le dernier temps de mesure. Ces valeurs vont dans le sens d'une excellente consistance interne et d'une bonne fidélité du test pour notre échantillon (tableau 12).

Tableau 12 Coefficient de consistance interne pour l'échelle Hassles en fonction des temps de passation

PCLS (17 items)	
consistance interne	
M1	0,92
M12	0,91

Cette bonne consistance interne est également retrouvée dans l'échelle Machroresseur qui évalue les stressseurs spécifiques aux maladies chroniques. Les alphas de Cronbach sont supérieurs à 0.70 pour l'ensemble des quatre dimensions de l'échelle (tableau 13). Concernant l'ensemble des items, ceux-ci sont compris entre 0.94 et 0.97.

Tableau 13 Coefficient de consistance interne pour les dimensions Répercussions physiques et Conséquences sociale et relationnelles à l'échelle Machroresseur

	Machroresseur				
	Répercussions physiques (9 items)	Conséquences sociales et relationnelles (7 items)	Diminution des ressources (9 items)	Peurs et anxiété (6 items)	Total (31 items)
	α de Cronbach	α de Cronbach	α de Cronbach	α de Cronbach	α de Cronbach
M1	0,89	0,79	0,86	0,83	0,94
M2	0,92	0,84	0,87	0,88	0,95
M3	0,91	0,87	0,87	0,84	0,95
M4	0,89	0,84	0,84	0,85	0,94
M5	0,91	0,83	0,87	0,86	0,95
M6	0,94	0,83	0,89	0,84	0,96
M7	0,91	0,9	0,89	0,83	0,96
M8	0,94	0,88	0,87	0,83	0,96
M9	0,94	0,87	0,89	0,81	0,96
M10	0,95	0,89	0,92	0,86	0,97
M11	0,94	0,89	0,93	0,87	0,97
M12	0,95	0,89	0,9	0,84	0,96

1.1.3.2 L'échelle de coping

La mesure de coping à partir de l'échelle WCC, manifeste également une bonne consistance interne pour notre échantillon (tableau 14). L'ensemble des alphas de Cronbach pour la

dimension « coping centré sur le problème » est compris entre 0.80 et 0.91 entre le premier et le dernier temps de mesure. Ceux-ci sont également fort quant à la dimension « coping centré sur l'émotion », puisqu'ils sont compris entre 0.80 et 0.95. Les alphas de Cronbach sont compris entre 0.69 et 0.84 pour la dernière dimension « coping centré sur la recherche de soutien social » et traduisent également une bonne fidélité de l'échelle.

Tableau 14 Coefficient de consistance interne pour les dimensions Coping centré sur le problème et Coping centré sur l'émotion, à l'échelle WCC

	WCC			
	Coping problème (10 items)	Coping émotion (9 items)	Coping recherche de soutien social	Total (27 items)
	α de Cronbach	α de Cronbach	α de Cronbach	α de Cronbach
M1	0,8	0,81	0,72	0,84
M2	0,84	0,81	0,69	0,86
M3	0,86	0,8	0,8	0,87
M4	0,85	0,86	0,84	0,9
M5	0,88	0,88	0,82	0,89
M6	0,9	0,86	0,82	0,88
M7	0,87	0,8	0,81	0,84
M8	0,89	0,84	0,84	0,89
M9	0,89	0,86	0,85	0,91
M10	0,91	0,89	0,77	0,92
M11	0,88	0,88	0,75	0,89
M12	0,91	0,95	0,79	0,91

1.1.3.3 Les échelles de détresse psychologique

Les deux échelles évaluant la détresse psychologique, SCL90-r et GHQ12, présentent une bonne consistance interne. Nous remarquons que l'alpha pour l'intégralité des dimensions évaluées dans l'échelle SCL90-r se situe à 0.96 au premier temps de mesure et à 0.97 au douzième mois (tableau 15). L'ensemble des alphas relatifs à chaque dimension sont supérieurs à 0.70 qu'il s'agisse du temps 1 ou du temps 12.

Les coefficients de consistance interne sont également très bons pour l'échelle GHQ12, car compris entre 0.86 et 0.91 (tableau 16).

Tableau 15 Coefficient consistence à l'échelle SCL90_r

SCL90r		
	M1	M12
	α de Cronbach	α de Cronbach
Somatisation (12 items)	0,84	0,9
Obsession Compulsion (10 items)	0,83	0,88
Sensitivité (9 items)	0,83	0,89
Dépression (13 items)	0,88	0,89
Anxiété (10 items)	0,77	0,91
Hostilité (6 items)	0,82	0,81
Anxiété phobique (7 items)	0,8	0,86
Idéations paranoïaques (6 items)	0,7	0,81
Traits psychotiques	0,74	0,83
Total	0,96	0,97

Tableau 16 Coefficient de consistance interne à l'échelle GHQ12

GHQ12	
	α de Cronbach
M2	0,86
M3	0,89
M4	0,87
M5	0,91
M7	0,88
M8	0,89
M9	0,89
M10	0,9
M11	0,9

1.1.3.4 Les échelles de Qualité de Vie

L'échelle de qualité de vie spécifique aux patients atteints de maladies inflammatoires intestinales présente une bonne fidélité en rapport à notre échantillon. L'ensemble des patients a par conséquent répondu de façon homogène à l'ensemble des items composant l'échelle. On remarque en effet, une bonne consistance interne à partir des coefficients compris entre 0.87 et 0.90 (tableau 17). La dimension « systémique » présente néanmoins des coefficients de consistance interne moins élevé : 0.69 au premier temps, 0.64 au temps 6 et 0.7 au temps 12. Nous serons par conséquent davantage vigilants dans l'interprétation des résultats.

Tableau 17 Coefficient de consistance interne pour les dimensions digestives et systémiques à l'échelle IBDQ

IBDQ					
	QDV digestive	QDV systémique	QDV émotionnelle	Qdv sociale	Total (32 items)
	α de Cronbach	α de Cronbach	α de Cronbach	α de Cronbach	α de Cronbach
M1	0,81	0,69	0,77	0,85	0,9
M6	0,79	0,64	0,78	0,85	0,9
M12	0,79	0,7	0,81	0,65	0,87

Concernant l'échelle Whoqol-bref, les alphas de Cronbach sont supérieurs à 0.70 et témoignent de la bonne fidélité de l'échelle (tableau 18). Néanmoins, nous observons de faibles coefficients pour la dimension « sociale ». Dans la version de l'échelle validée par l'OMS, le coefficient pour cette dimension est égale à 0.66 alors que pour notre population ceux-ci sont de 0.45 pour le premier temps, de 0.56 pour le temps six et de 0.31 pour le temps 12.

Ce défaut de consistance interne peut être expliqué par le faible nombre d'items pour cette dimension (3). Ainsi les trois items « Etes-vous satisfait de vous ? », « Etes-vous satisfait de vos relations avec les autres ? » et « Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle ? » apparaissent comme faiblement corrélés. Nous notons qu'un certain nombre de patients ont choisi de ne pas répondre l'item relatif à leur vie sexuelle, préservant leur vie intime.

Nous veillerons par conséquent à une grande prudence quant à l'analyse ultérieure des scores pour cette dimension.

Tableau 18 Coefficient de consistance interne pour les dimensions physiques et psychologiques à l'échelle Whoqol-bref

Whoqol-bref					
	QdV physique (7 items)	QdV psychologique (6 items)	QdV environnementale (8 items)	QdV sociale (3 items)	total (26 items)
	α de Cronbach	α de Cronbach	α de Cronbach	α de Cronbach	α de Cronbach
M1	0,79	0,85	0,7	0,45	0,89
M6	0,79	0,84	0,69	0,56	0,9
M12	0,82	0,87	0,73	0,31	0,92

1.1.3.5 Les échelles de soutien social

Les échelles de soutien social SSQ6 et Enrichd présentent une consistance interne satisfaisante pour l'ensemble des temps de mesure (tableaux 20 et 19). Les alphas de Cronbach sont compris

entre 0.70 et 0.84 pour l'échelle Enrichd. A l'échelle SSQ6, ils sont égaux à 0.85 et 0.84 pour la dimension « disponibilité du soutien social » et à 0.97 et 0.95 pour la dimension « satisfaction du social » pour les temps 1 et 12 de l'étude. Au vu de ces coefficients nous pouvons conclure à une bonne fidélité de ces échelles.

Tableau 19 Coefficient de consistance interne à l'échelle Enrichd

Enrichd	
α de Cronbach	
M1	0,87
M6	0,84
M12	0,7

Tableau 20 Coefficient de consistance interne pour les dimensions disponibilité et satisfaction à l'échelle SSQ6

SSQ6		
	Disponibilité	Satisfaction
	α de Cronbach	α de Cronbach
M1	0,85	0,97
M12	0,84	0,95

1.2 Scores de l'échantillon global des patients pour l'ensemble des facteurs psychosociaux à l'inclusion

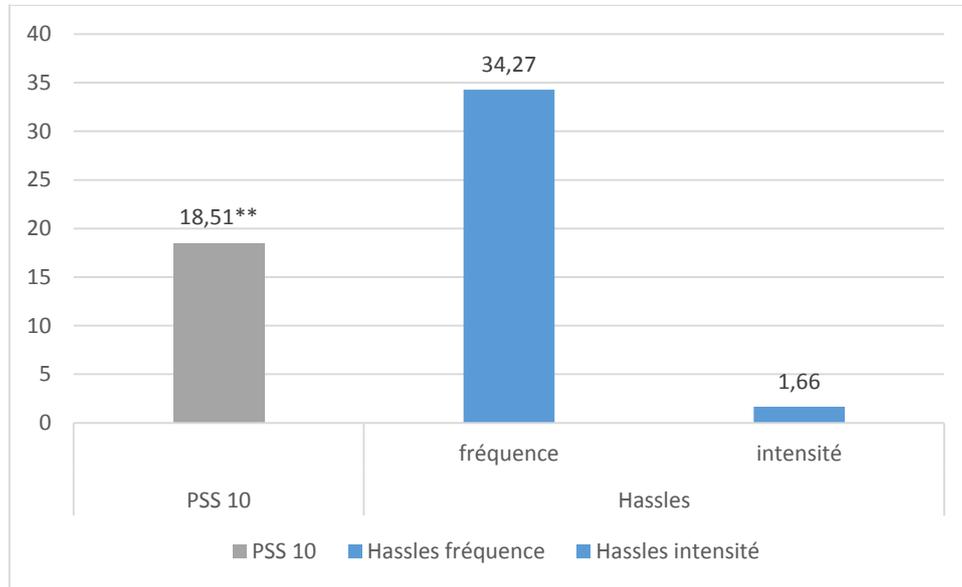
1.2.1 Evaluation du niveau de stress sur l'échantillon total des patients à l'inclusion

A leur entrée dans le protocole de recherche, les participants ne témoignent pas d'un niveau de stress découlant des tracas quotidiens supérieur à ceux de la population générale (Badoux, 2000). Les patients ne sont pas soumis à davantage de tracas quotidiens en terme de fréquence ($t[84] = 0.303, p > 0.05$) ou en terme d'intensité ($t[84] = 0.460, p > 0.05$). En effet, les patients obtiennent un score moyen de fréquence des tracas quotidien de 34,27 pour un écart type de 11.27, et un score moyen d'intensité des tracas quotidiens de 1.66 et d'écart type 0.40 (tableau22).

A l'inclusion, l'ensemble de notre échantillon de patients présente un score moyen de 18, 51 et d'écart type 6.53, à l'échelle de stress perçu (tableau 21). Ce score moyen est significativement

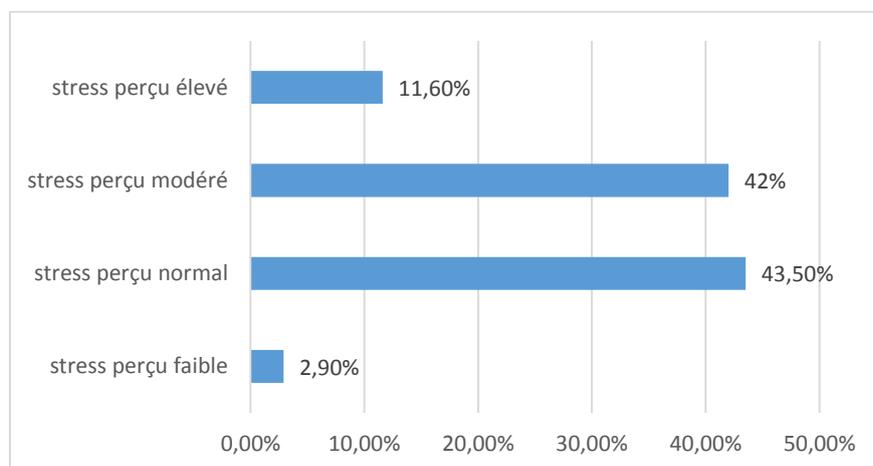
plus élevé que les normes retenus par Cohen (Cohen & Williamson, 1988) pour une population de 2.387 sujets américains ($t[68] = 7.131, p < 0.01$).

Tableau 21 Scores moyens obtenus à l'échelle PSS10 et Hassles



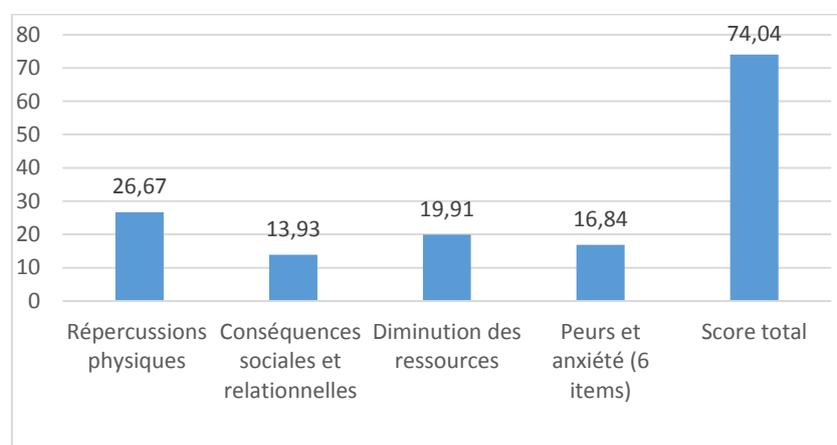
L'ensemble des patients sont soumis à différents niveaux de stress. Ainsi, plus de la moitié des participants ont un niveau de stress perçu modéré à élevé (53.60%). En effet, 42% témoignent d'un niveau de stress perçu modéré et 11.60% perçoivent un niveau de stress élevé. Néanmoins, une large part de notre échantillon se situe dans un niveau de stress perçu commun au niveau de stress perçu rencontré dans la population générale. Seul 2.90% présentent un niveau de stress perçu inférieur aux normes.

Tableau 22 Répartition en pourcentage des patients de l'échantillon selon leur niveau de stress perçu



Nous ne disposons pas de normes comparatives à l'échelle Machroresseur. Cette échelle étant spécifique aux patients atteints de maladies chroniques, les scores obtenus ne peuvent pas être mis en relation avec une population « tout venant ». Les participants de notre échantillon obtiennent un score moyen 26.67 et d'écart type 10.01 à la dimension stressseurs liés aux répercussions physiques de la maladie, un score moyen de 13.93 d'écart type 8.66 à la dimension stressseurs liés aux conséquences sociales et relationnelles (tableau 23). Ils obtiennent également un score moyen de 19.91 d'écart type 11.51 à la dimension stressseurs liés à la diminution des ressources et enfin un score moyen de 16.84 d'écart type 6.68 à la dimension stressseurs reliés aux peurs et à l'anxiété.

Tableau 23 Scores moyens de l'ensemble des patients à l'échelle Machroresseur



À l'échelle de stress post traumatique PCL-s, l'ensemble des patients obtient à l'inclusion un score moyen de 36.35 et d'écart type 14.41. Nous rappelons qu'au-delà d'un score de 44 pour cette échelle, le niveau de stress post traumatique est jugé comme pathologique. Dès lors, nous pouvons affirmer que notre échantillon ne présente pas un niveau de stress post traumatique pathologique. Néanmoins, 29.4% des patients issus de notre cohorte manifestent un niveau pathologique de stress pathologique contre 70.6% qui présentent un niveau non pathologique de stress post traumatique.

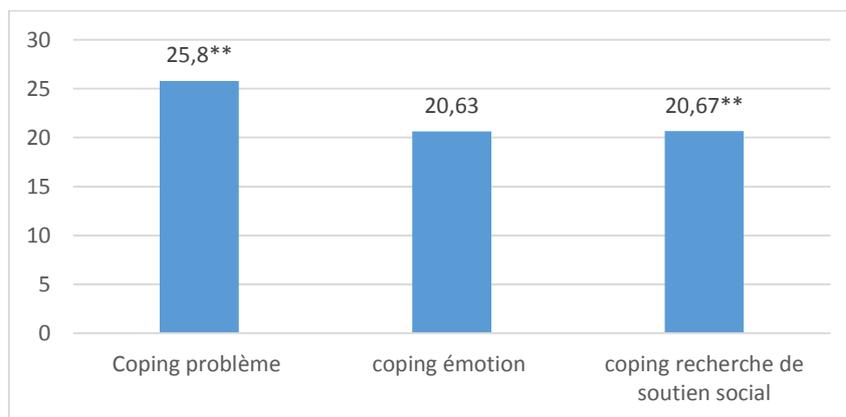
1.2.2 Evaluation des stratégies de coping pour l'ensemble des patients

Comparativement aux normes de la population générale établies par Cousson (1996) à l'échelle WCC, notre échantillon de sujets utilise davantage de stratégies de coping centré sur le problème ($t[74]=-2.70$, $p<0.01$) ainsi que de stratégies de coping centrées sur la recherche de

soutien social ($t[74]=-3.36, p<0.01$). Les participants obtiennent respectivement des scores moyens de 25.8 et d'écart type 6.75 et de 20.67 et d'écart type 5.62 pour ces deux stratégies de coping (tableau 24).

Les sujets obtiennent un score moyen de 20.63 et d'écart type 6.25 quant aux stratégies de coping centrées sur l'émotion. Leurs utilisations ne se distinguent pas de la population générale ($t[74]=-0.462, p>0.05$).

Tableau 24 Scores moyens des patients pour les stratégies de coping centrées sur le problème, l'émotion et la recherche de soutien social



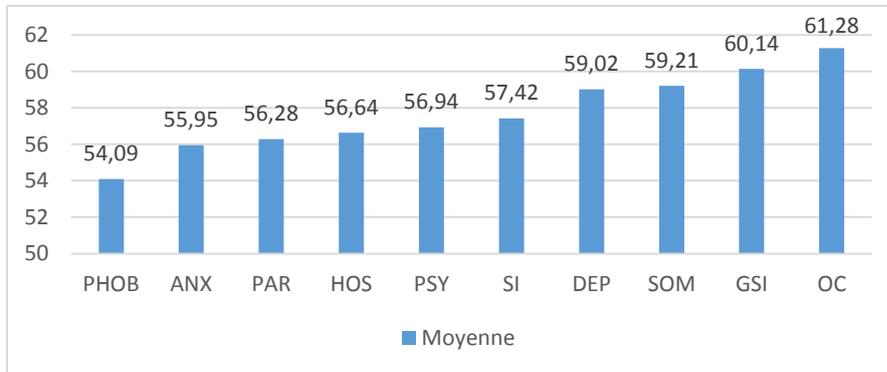
1.2.3 Evaluation de la détresse psychologique de l'échantillon total

À l'inclusion des participants dans l'étude, nous avons mesuré leur niveau de détresse psychologique uniquement à partir de l'échelle SCL90-r. En effet, la détresse psychologique sous son versant « état » n'a été évaluée qu'à partir du deuxième mois. Dans la mesure où l'analyse descriptive des scores de l'échantillon globale ne porte que sur les scores obtenus à l'inclusion des sujets dans la recherche, nous ne ferons pas référence aux scores obtenus au GHQ12.

A l'échelle SCL 90-r, un score supérieur à 63 à la dimension mesurée est alors considéré comme pathologique. Nous remarquons qu'aucun des scores moyens pour chaque dimension n'est supérieur à ce seuil (tableau 25). Ainsi, dans notre cohorte, les patients ne présentent pas de détresse psychologique ($GSI=60.14$). A travers les différents symptômes répertoriés par Derogatis dans l'échelle, nous constatons qu'aucun score moyen n'est significativement

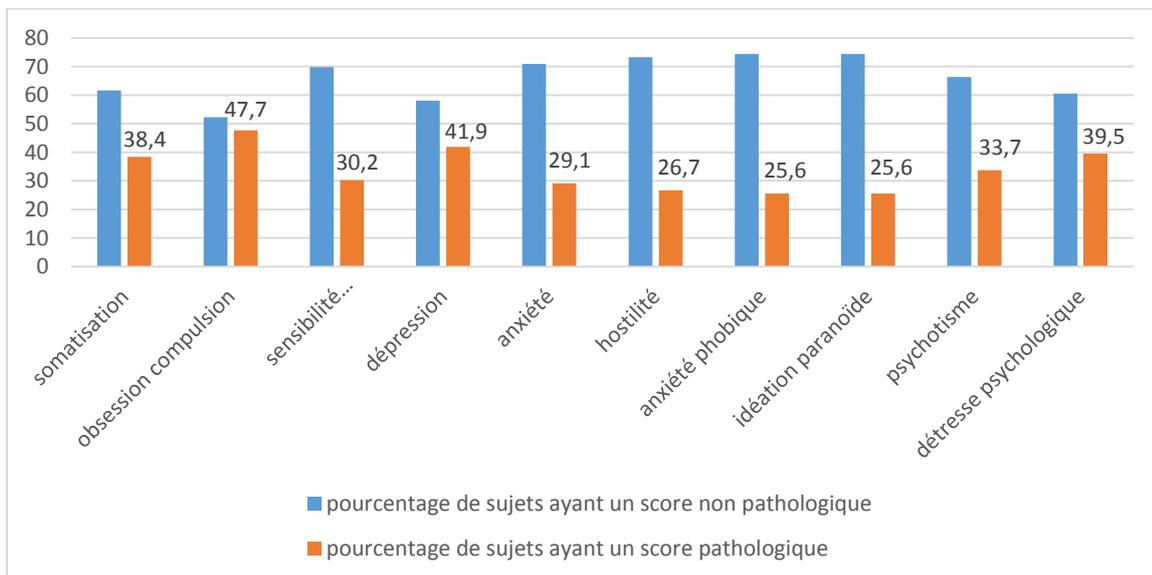
pathologique pour l'ensemble de l'échantillon. Nous pouvons toutefois noter une tendance au syndrome obsessionnel pour notre population qui obtient un score moyen de 61.28.

Tableau 25 Scores moyens de l'échantillon total des patients à l'échelle SCL90-r par dimensions



Si aucun score moyen n'est significatif pour l'échantillon total des patients, nous notons toutefois que 39.5% des patients sont en détresse psychologique (tableau 26).

Tableau 26 Pourcentage de scores pathologiques aux différentes dimensions de l'échelle SCL90-r

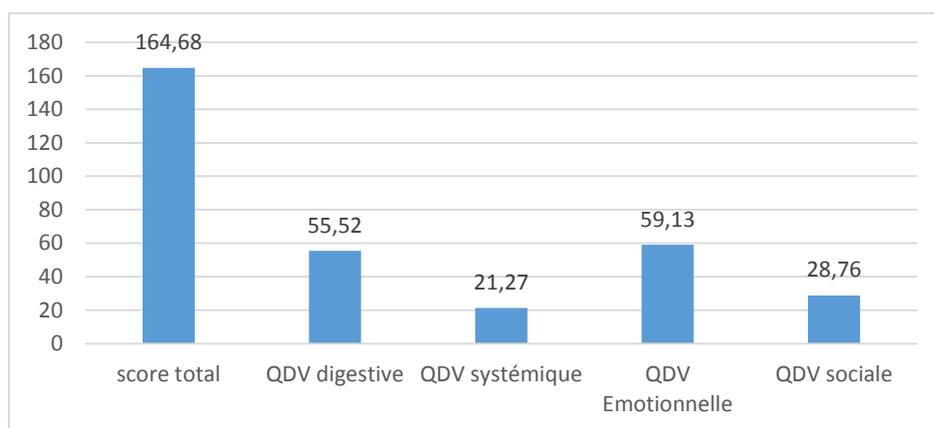


1.2.4 Evaluation du niveau de la qualité de vie pour l'ensemble des patients

Tout comme l'échelle de stressors spécifiques aux maladies chroniques, l'échelle IBDQ est spécifique aux patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Pour

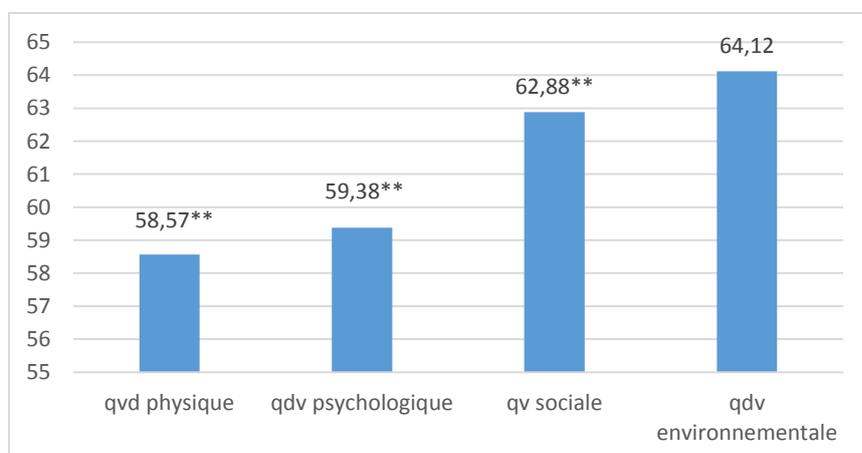
l'ensemble des dimensions les patients obtiennent un score moyen de 164.68 avec un écart type de 26.43. Les patients présentent un score moyen de 59.13 écart type 10.34 à la dimension émotionnelle et un score moyen de 28.76 écart type 6.35 à la dimension sociale. Les sujets obtiennent un score moyen de 55.52 et d'écart type 9.93 pour la dimension relative aux symptômes digestifs de la qualité de vie. La dimension systémique atteint un score moyen de 21,27 et d'écart type 4.50 pour l'ensemble des sujets (tableau 27).

Tableau 27 scores moyens de l'échantillon total à l'échelle IBDQ



Nous remarquons d'après les normes de l'OMS que les sujets ont des scores plus faibles de qualité de vie à l'échelle Whoqol-bref (tableau 28). En effet, les sujets présentent une plus faible qualité de vie physique ($t[74]=-8.07, p<0.01$), psychologique ($t[74]=-3.46, p<0.01$) et sociale ($t[74]=-6.40, p<001$).

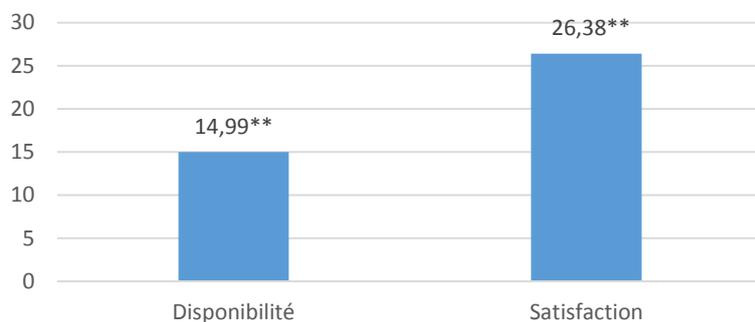
Tableau 28 scores moyens de l'ensemble des patients à l'échelle Whoqol-bref



1.2.5 Evaluation du niveau de soutien social de l'échantillon global

L'ensemble des patients possède un plus faible niveau de personnes disponibles pouvant leur offrir un soutien social ($t[67]=-4.94$, $p<0.01$) et sont moins satisfaits du soutien social reçu ($t[67]=-2.65$, $p<0.01$) que la population générale, selon les normes de Bruchon-Schweitzer (2003). Ils obtiennent un score moyen de 14.99 avec un écart type de 9.35 pour la dimension disponibilité, et de 26.38 avec un écart type de 9.38, pour la dimension satisfaction (tableau 29).

Tableau 29 scores moyens de l'ensemble des sujets pour la dimension Disponibilité et Satisfaction à l'échelle SSQ6



A l'échelle de soutien social Enrichd, l'ensemble des patients obtient un score moyen de 20.04 et d'écart type 4.52. Cet outil développé à partir de l'étude du soutien social sur des patients ayant eu un infarctus du myocarde, fixe le seuil à 18 pour déterminer la qualité du soutien social. 71.40% des patients de notre cohorte présente une bonne qualité de soutien reçu contre 28.20% qui possède un score inférieur à 18.

En guise de synthèse des résultats aux différentes échelles, nous pouvons énoncer que notre échantillon de patients souffrant de la MC, témoigne d'un niveau de stress perçu supérieur à celui de la population générale. Toutefois, il n'est pas plus sensible au stress lié aux tracas de la vie quotidienne et ne présente pas de stress post traumatique. Si l'ensemble des patients ne manifeste pas un niveau de détresse psychologique pathologique, ils paraissent utiliser davantage de stratégies de coping centrées sur le problème et sur la recherche de soutien social que la population générale.

En lien avec le soutien social, les patients atteints de la maladie de Crohn relèvent d'une plus faible disponibilité de personnes de l'entourage pouvant leur témoigner des marques de soutien

social, comparativement à la population générale. Ils se montrent également moins satisfaits du soutien social apporté. Cette faible qualité du soutien social est réduite lors de la mesure du soutien social à partir d'une échelle spécifique aux patients somatiques.

Les patients de notre cohorte traduisent également de plus faible niveau de qualité de vie, principalement en lien avec les dimensions somatiques, psychologiques et sociales.

1.3 Contrôle des variables cliniques et sociales sur les facteurs psychosociaux.

Nous avons souhaité contrôler plusieurs variables dont la sévérité, la durée de la maladie, l'âge au diagnostic et le sexe. Ces mesures ont été effectuées à partir des scores obtenus aux questionnaires à l'inclusion du protocole de recherche. L'ensemble des tableaux de résultats est placé en annexe 5.

1.3.1 Effet de la sévérité de la maladie sur les facteurs psychosociaux

Afin d'évaluer l'impact de la sévérité de la maladie sur l'ensemble des données recueillies, nous avons fait le choix de définir celle-ci à partir de la fréquence des rechutes et de la présence d'antécédents de résection d'une partie enflammée de l'intestin (Peyrin-Biroulet et al., 2015).

La fréquence des rechutes est définie à partir de trois niveaux d'intensité. Ainsi, on dénombre dans notre échantillon, des patients ayant une faible fréquence de rechute (N=38), une fréquence de rechute modérée (N=43) et une fréquence de rechute élevée (N= 17.3).

Le niveau de fréquence de rechute n'impacte pas l'ensemble des résultats aux échelles évaluant les facteurs psychosociaux à l'exception de la dimension « diminution des ressources » à l'échelle Machrostresseur ($F(2 ; 67) = 3.985 ; p=0.023$). En effet, on observe une différence significative entre les patients ayant une fréquence de rechute estimée comme faible, comparativement à ceux pour qui la fréquence de rechute est élevée. Ces derniers manifestent une plus forte sensibilité aux stressors issus de la perte de ressources découlant de la maladie.

Nous ne retrouvons pas d'autre effet de la fréquence de la rechute sur les autres dimensions de l'échelle Machrostresseur ni sur l'évaluation du stress perçu, du stress des tracas quotidiens et du stress post traumatique.

La fréquence des rechutes ne paraît également pas influencer les résultats portant sur les mesures de coping, de détresse psychologique, du soutien social et de la qualité de vie.

Nous avons également utilisé les antécédents de résection pour évaluer la sévérité de la maladie de Crohn. Ainsi parmi notre échantillon, 47 patients ont subi une opération chirurgicale destinée à faire une ablation d'une partie enflammée de l'intestin, contre 51 patients qui n'ont subi aucune opération.

Nous ne remarquons pas de différence significative entre ces deux catégories de patients pour l'ensemble des échelles.

1.3.2 Effet de la durée de la maladie et de l'âge du diagnostic sur les facteurs psychosociaux

Afin d'évaluer l'impact de l'âge où le diagnostic de la maladie de Crohn a pu être établi, nous nous sommes basés sur la classification de Montréal (Satsangi, 2006).

Ainsi trois catégories peuvent être distinguées en fonction de l'âge du patient auquel le diagnostic a pu être défini. La première catégorie situe l'âge du patient à 16 ans ou moins, la deuxième entre 17 ans et 40 ans et la troisième à un âge égal ou supérieur à 41 ans.

Au vu de nos résultats, nous n'observons pas de différence significative, excepté pour l'échelle Machrostresseur. Les patients dont le diagnostic a été posé à l'âge de 16 ans ou moins ont une plus forte sensibilité aux stressseurs découlant de la maladie chronique, comparativement aux patients dont le diagnostic a été fixé à plus de 41 ans ($F(2 ;65) = 3.421 ; p = 0.039$).

Une différence significative est également retrouvée lors de la mesure du stress induit par la diminution des ressources. Les patients pour lequel le diagnostic a été établi à l'âge de 16 ans ou moins, témoignent d'une plus forte sensibilité à ce stressseur comparativement à ceux pour lequel le diagnostic a été établi à plus de 41 ans ($F(2 ;65) = 3.659 ; p = 0.031$).

Contrairement à l'âge du patient au diagnostic, la durée de la maladie n'a d'effet sur aucune des dimensions que nous avons évaluées.

1.3.3 Effet du sexe sur les scores des facteurs psychosociaux

Plusieurs travaux mettent en évidence un effet du sexe du patient sur la mesure de la qualité de vie (Blondel-Kucharski et al., 2001). Nous avons également souhaité évaluer l'incidence du sexe sur l'ensemble de nos mesures. Tout comme dans l'étude de Blondel-Kucharski (2001), nous retrouvons un effet du genre sur la qualité de vie.

En effet, les femmes obtiennent une plus faible qualité de vie à l'échelle IBDQ, comparativement aux hommes ($t[60] = 4.043, p < 0.001$). Cette différence porte sur les dimensions liées à l'aspect social ($t[60] = 2.134, p < 0.05$), systémique ($t[60] = 3.662, p < 0.001$) ainsi que sur les symptômes digestifs ($t[60] = 3.356, p < 0.001$).

Cette incidence du sexe sur la qualité de vie est également retrouvée avec l'utilisation de l'échelle Whoqol-bref, moins spécifique à la population des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Les hommes possèdent des scores plus élevés de qualité de vie sur la dimension relative aux symptômes ($t[73] = 2.335, p < 0.05$), et sur les aspects psychologiques ($t[73] = 3.761, p < 0.01$) et environnementaux ($t[73] = 2.534, p < 0.01$).

Le sexe des patients engendre un fort impact sur les facteurs de stress. On observe un effet du genre sur le niveau de stress perçu. Les femmes ont des scores significativement supérieurs que les hommes ($t[67] = -1.907, p < 0.009$). Elles sont également plus sensibles aux stressors spécifiques aux maladies chroniques ($t[68] = -2.155, p < 0.05$), principalement à ceux liés aux répercussions physiques ($t[68] = -2.469, p < 0.01$).

Le stress induit par les tracas quotidiens varie significativement en fonction du sexe. Les femmes ressentent davantage de stress lié à ces tracas tant au niveau de leur fréquence ($t[83] = -2.135, p < 0.05$) que de leur intensité ($t[83] = -4.295, p < 0.01$).

De plus, elles témoignent d'un niveau de stress post traumatique plus fort que les hommes ($t[32] = 4.181, p < 0.01$).

Le sexe influence l'utilisation des stratégies de coping. En effet, elles utilisent davantage de stratégies de coping centrées sur l'émotion que les hommes ($t[73] = -2.155, p < 0.05$).

Nous notons une meilleure disponibilité des personnes dites soutenantes chez les femmes ($t[66]=-3.965, p<0.01$).

En revanche, le sexe ne semble pas influencer le niveau de détresse psychologique ressenti ($t[84]=-1.104, p>0.05$).

1.4 Taux de rechute

Parmi les 98 patients composant notre cohorte, 23.50% sont rentrés en récurrence dans l'année de leur participation à la recherche, soit 23 patients. Nous remarquons qu'ils sont plus nombreux à rechuter dès le 3^{ème} mois de la recherche (6 patients) ainsi qu'au 6^{ème} mois (6 patients).

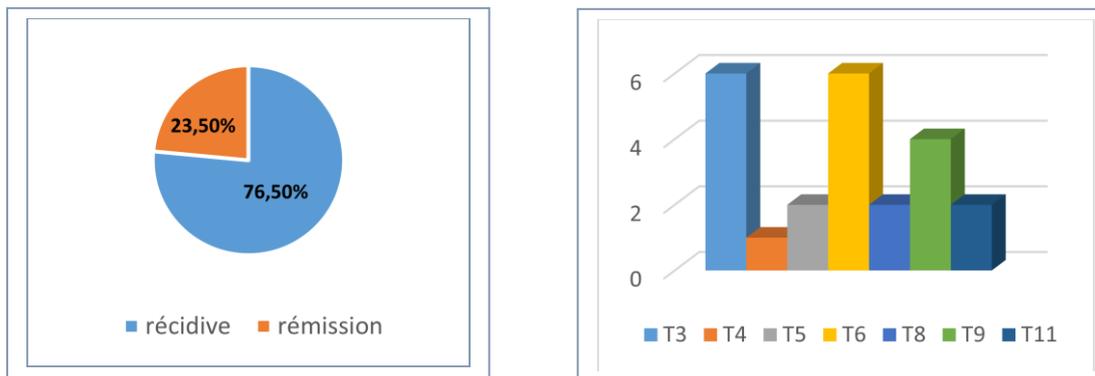


Figure 19 Répartition des patients en fonction de l'activité de leur maladie et du temps de la rechute

Après avoir mis en évidence les principales caractéristiques de notre échantillon total de patient, nous allons à présent effectuer un zoom sur les différences intergroupes entre les patients rechutant et les patients restés en rémission afin de mettre en évidence les facteurs psychosociaux pouvant prédire la rechute de la maladie.