



Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)  
**INTERNATIONAL JOURNAL OF  
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI: 10.21474/IJAR01/22961  
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/22961>



**RESEARCH ARTICLE**

**QUALITE DE L'ANNONCE DIAGNOSTIQUE DES MALADIES INFLAMMATOIRES  
 CHRONIQUES DE L'INTESTIN : EXPERIENCE DU CHU TANGER-TETOUAN-AL  
 HOCEIMA A PROPOS DE 226 CAS**

**QUALITY OF DIAGNOSTIC DISCLOSURE FOR CHRONIC INFLAMMATORY  
 BOWEL DISEASE: EXPERIENCE OF THE TANGER-TETOUAN-AL HOCEIMA  
 UNIVERSITY HOSPITAL BASED ON 226 CASES**

Nadiri Khawla, Akjay Aicha, Laabid Yousra, Ouaya Hassan, Meyiz Houda and Mellouki Ihsane

**Manuscript Info**

**Manuscript History**

Received: 08 January 2026

Final Accepted: 10 February 2026

Published: March 2026

**Key words:-**

IBD, diagnostic disclosure,  
 physician-patient relationship,  
 satisfaction, Crohn's disease, UC, Morocco

**Abstract**

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

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

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

**Results:** The mean age was 38 years (range 15-86 years) with a female predominance (55.4%). Crohn's disease affected 68.9% of patients. Disclosure occurred mainly outside the university hospital (50.4%). The disclosure duration was 16-30 minutes for 42% of patients. Only 37.9% of patients considered the disclosure to be of good quality. Factors associated with good disclosure were a duration >15 min (59.5%) and easy access to the care team (51.8%). Poor disclosure was associated with the absence of simplified language (61.6%), a duration <15 min (52.1%), and the impossibility of asking questions (49.3%). The main avenues for improvement were a multidisciplinary pathway (49.1%) and simplified documents (45.8%).

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

"© 2026 by the Author(s). Published by IJAR under CC BY 4.0. Unrestricted use allowed with credit to the author."

## Introduction:-

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), principalement représentées par la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique (RCH), constituent un groupe d'affections digestives évolutives dont l'incidence ne cesse de croître à l'échelle mondiale (1). Au Maroc, à l'instar d'autres pays du Maghreb, on observe une augmentation notable de leur fréquence au cours des dernières années, mettant en évidence des caractéristiques épidémiologiques et cliniques différentes. (2) Ces pathologies, avec leur caractère chronique et imprévisible et leur influence considérable sur la qualité de vie, représentent un défi thérapeutique et psychologique majeur aussi bien pour les patients que pour les professionnels du secteur médical. L'annonce de la présence d'une MICI constitue un moment important dans le parcours de soins. Elle ne se contente pas de transmettre des informations médicales, elle joue aussi un rôle dans la construction de la future relation thérapeutique, l'acceptation des maladies chroniques et l'observance des traitements sur le long terme (3). Une nouvelle difficile à accepter peut engendrer de l'anxiété, de la dépression et une détérioration importante de la relation thérapeutique, compromettant ainsi le soin dans son ensemble (4).

Les recommandations internationales, notamment celles de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des sociétés spécialisées en hépato-gastroentérologie, mettent en avant l'importance d'une annonce diagnostique organisée qui respecte des étapes définies : un moment approprié et réservé, une communication adaptée à la compréhension du patient, une information progressive, la remise de documents écrits et l'offre d'un soutien psychologique si nécessaire (6,7). Cependant, sont-elles réellement appliquées dans la pratique clinique de tous les jours ? Est-ce qu'il existe des disparités selon les institutions de santé ? Les recommandations internationales, notamment celles de la Haute Autorité de Santé (HAS) et des sociétés spécialisées en hépato-gastroentérologie, mettent en avant l'importance d'une annonce diagnostique organisée qui respecte des étapes définies : un moment approprié et réservé, une communication adaptée à la compréhension du patient, une information progressive, la remise de documents écrits et l'offre d'un soutien psychologique si nécessaire (6,7). Cependant, sont-elles réellement appliquées dans la pratique clinique de tous les jours ? Est-ce qu'il existe des disparités selon les institutions de santé ? L'objectif de notre étude est de décrire le déroulement de l'annonce diagnostique, évaluer la qualité de point de vue du patient, identifier les facteurs associés à la qualité de l'annonce et définir les pistes d'amélioration afin d'aider nos patients.

## Matériel Et Methodes:-

Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique, à visée rétrospective, au sein du service d'Hépatogastroentérologie du Centre Hospitalier Universitaire Tanger-Tétouan-Al Hoceïma (CHU-TTA). La période d'étude s'est déroulée de [à préciser, exemple : janvier à juin 2024]. Ont été inclus dans cette étude tous les patients suivis régulièrement dans le service pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique), ayant accepté de participer à l'enquête après information éclairée. Aucun critère d'exclusion lié à l'âge, au sexe ou à l'ancienneté de la maladie n'a été appliqué, afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population suivie. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré, élaboré spécifiquement pour cette étude par les investigateurs, après revue de la littérature et des recommandations existantes sur l'annonce diagnostique.

### Ce questionnaire comportait quatre sections distinctes :

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

La collecte et la gestion des données ont été réalisées via la plateforme Google Forms, permettant une saisie standardisée et un export facilité pour l'analyse. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel et du logiciel SPSS version 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, États-Unis). Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentages, tandis que les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes ( $\pm$  écart-type) ou en médianes avec leurs extrêmes selon leur distribution. La recherche de facteurs associés à la qualité de l'annonce (bonne qualité vs mauvaise qualité) a été réalisée par des tests de comparaison : test du Chi<sup>2</sup> ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives, selon les conditions d'application. Un seuil de significativité a été fixé pour  $p < 0,05$ .

#### Considerations éthiques:-

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

#### Resultats:-

##### Caracteristiques de la population d'etude:-

Notre étude a inclus 226 patients suivis pour MICI au CHU Tanger-Tetouan-Al Hoceima. Les caractéristiques de cette population sont détaillées dans le Tableau 1. L'âge moyen des patients était de 38 ans, avec des extrêmes allant de 15 à 86 ans. La population était majoritairement féminine, avec 125 femmes (55,4%) contre 101 hommes (44,6%), soit un sex-ratio de 0,8. Concernant la situation professionnelle, plus de la moitié des participants (132 patients, soit 58,4%) n'avaient pas d'activité professionnelle, tandis que 94 patients (41,6%) exerçaient une profession. Sur le plan nosologique, la maladie de Crohn prédominait nettement, concernant 156 patients (69,0%), alors que 70 patients (31,0%) étaient atteints de rectocolite hémorragique. Le délai médian entre le diagnostic de la maladie et la participation à la présente étude était de 3 ans (extrêmes : [à préciser si disponibles, exemple : 1 mois à 20 ans]).

**Tableau 1 : Caracteristiques sociodemographiques et cliniques des patients (N=226)**

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

**Modalites de l'annonce diagnostique:-**

Les conditions dans lesquelles s'est deroulee l'annonce diagnostique sont presentees dans le Tableau 2.

- Lieu de l'annonce :** Dans la moitie des cas (114 patients, soit 50,4%), l'annonce a eu lieu dans une structure de soins autre que notre CHU (hôpitaux provinciaux, centres de sante, etc.). Le CHU Tanger etait le lieu d'annonce pour 57 patients (25,2%), tandis que le secteur liberal concernait 24 patients (10,6%). Pour 31 patients (13,8%), cette information n'etait pas precisee.
- Duree de l'annonce :** La duree de la consultation d'annonce etait variable. La tranche la plus frequente etait de 16 a 30 minutes, concernant 95 patients (42,0%). Soixante-trois patients (27,9%) rapportaient une duree de 6 a 15 minutes, et 48 patients (21,2%) une duree tres courte de 1 a 5 minutes. Seuls 20 patients (8,9%) avaient beneficie d'une annonce de plus de 30 minutes.
- Presence d'un accompagnant :** Une majorite de patients (135, soit 60,5%) etaient accompagnes lors de l'annonce du diagnostic.
- Contexte clinique :** L'annonce a eu lieu tres majoritairement en periode de poussee de la maladie pour 186 patients (83,0%), contre seulement 38 patients (17,0%) qui etaient en remission.

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

Modalite	Effectif (n)	Pourcentage (%)
<b>Lieu de l'annonce</b>		
- Autre structure	114	50,4
- CHU Tanger	57	25,2
- Secteur liberal	24	10,6
- Non precise	31	13,8
<b>Duree de l'annonce</b>		
- 1-5 minutes	48	21,2
- 6-15 minutes	63	27,9
- 16-30 minutes	95	42,0
- >30 minutes	20	8,9
<b>Presence d'un accompagnant</b>	135	60,5
<b>Activite de la maladie</b>		
- En poussee	186	83,0
- En remission	38	17,0

**Evaluation de la satisfaction des patients:-**

L'évaluation de la satisfaction des patients concernant l'annonce diagnostique, basée sur une échelle de 0 à 10, a montré des résultats contrastés (Figure 1). Parmi les 226 patients, 181 ont attribué une note (45 patients, soit 19,4%, n'ont pas renseigné ce critère). La répartition était la suivante :

- **Bonne qualité (note  $\geq 8$ )** : 85 patients, soit 37,9% de l'ensemble des participants (ou 47,0% des patients ayant répondu).
- **Qualité moyenne (note 5-7)** : 57 patients, soit 25,4% (ou 31,5% des répondants).
- **Mauvaise qualité (note  $\leq 4$ )** : 39 patients, soit 17,3% (ou 21,5% des répondants).

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

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



#### Facteurs associés à la qualité de l'annonce:-

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

##### a) Facteurs associés à une bonne qualité d'annonce (note $\geq 8$ ) :

Une **durée de consultation supérieure à 15 minutes** était rapportée par 59,5% des patients satisfaits.

Un **accès facile à l'équipe soignante** après l'annonce (par téléphone ou messagerie) était mentionné par 51,8% des patients satisfaits.

##### b) Facteurs associés à une mauvaise qualité d'annonce (note $\leq 4$ ) :

L'**absence d'un langage simplifié** pour expliquer la maladie était le facteur le plus fréquemment cité, concernant 61,6% des patients insatisfaits.

Une **durée de consultation inférieure à 15 minutes** était rapportée par 52,1% des patients insatisfaits.

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

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

**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
--------------------------------------	---	------

#### Pistes d'amélioration proposées par les patients:-

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

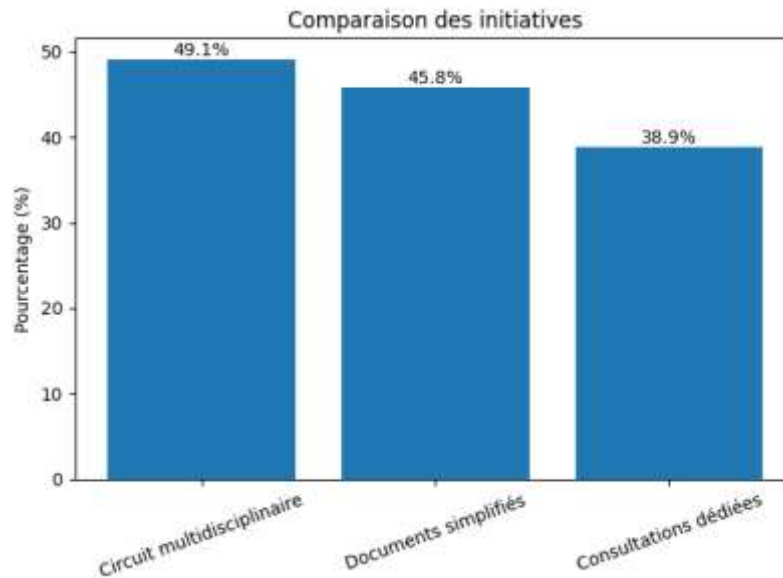
La création d'un **circuit multidisciplinaire** (impliquant gastro-entérologue, infirmier, psychologue, diététicien, etc.) était la proposition la plus fréquente, citée par 111 patients (49,1%).

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

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

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

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



#### Discussion:-

Notre étude, menée auprès de 226 patients suivis pour MICI au CHU Tanger-Tetouan-Al Hoceima, apporte un éclairage original sur la qualité de l'annonce diagnostique dans un contexte marocain. Le principal résultat est que seulement 37,9% des patients jugent cette annonce de bonne qualité, révélant une marge d'amélioration considérable dans la communication médecin-patient à ce moment crucial du parcours de soins. Ce taux de satisfaction est inférieur à celui rapporté dans certaines études européennes. Ainsi, une enquête française menée auprès de 200 patients atteints de MICI avait montré un taux de satisfaction de 62% concernant l'information reçue au moment du diagnostic (8). De même, une étude britannique rapportait que 68% des patients se disaient satisfaits de l'annonce de leur MICI (9). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces différences. D'une part, le contexte culturel et l'organisation des soins au Maroc diffèrent : l'annonce a eu lieu hors CHU dans plus de la moitié des cas (50,4%), probablement dans des structures disposant de moins de temps et de ressources dédiées à cette étape spécifique. D'autre part, l'absence de consultation d'annonce formalisée, encore peu répandue dans notre pays, pourrait contribuer à ces résultats.

Nos résultats mettent en évidence des facteurs modifiables associés à la qualité de l'annonce. La durée de consultation apparaît comme un élément central : une durée supérieure à 15 minutes était associée à une bonne

satisfaction (59,5%), tandis qu'une durée inférieure à 15 minutes était liée à une mauvaise perception (52,1%). Ces données sont en accord avec les recommandations de la HAS qui préconise une consultation dédiée d'au moins 30 minutes pour l'annonce d'une maladie chronique (6). Il est en effet nécessaire de prendre du temps pour expliquer, répondre aux interrogations et laisser les émotions se manifester. Dans une recherche qualitative concernant l'annonce des MICI, les patients ont souligné l'importance de « ne pas se sentir pressé » et d'avoir la possibilité de « prendre le temps de comprendre » (10). Un autre élément crucial est la qualité de la communication. L'absence de langage simplifié (61,6% des insatisfaits) et l'impossibilité de poser des questions (49,3%) sont des obstacles majeurs à une bonne annonce. La littérature souligne que l'utilisation d'un jargon médical inadapté est une source fréquente d'incompréhension et d'anxiété (11). Une communication axée sur le patient, utilisant un vocabulaire clair et assurant la compréhension via une méthode « teach-back », améliore considérablement la satisfaction et la rétention des informations (12). Au Maroc, la barrière de la langue peut renforcer la complexité médicale, d'où l'importance d'ajuster le discours et d'employer le *darija* (arabe dialectal) si nécessaire.

L'accès facile à l'équipe médicale après l'annonce, mentionné par 51,8% des patients, est un élément fréquemment négligé. Le diagnostic de MICI génère de nombreuses questions dans les jours et semaines qui suivent. La facilité à joindre un professionnel de la santé procure une certaine tranquillité d'esprit et prévient des situations d'errance ou de stress accru (13). Dans le but d'optimiser le suivi des patients atteints de MICI (14), il est conseillé d'établir une ligne téléphonique spécifique ou un service de messagerie sécurisée. Les patients participant à notre recherche ont clairement déterminé leurs priorités d'amélioration. La demande d'un circuit multidisciplinaire (49,1%) reflète la complexité de la prise en charge des MICI qui nécessite l'intervention de plusieurs professionnels : gastro-entérologue bien sûr, mais aussi infirmier de coordination, psychologue, diététicien, assistante sociale, et association de patients (15). L'éducation thérapeutique, qui débute dès l'annonce, s'intègre parfaitement dans cette approche multidisciplinaire (16). La remise de documents simplifiés (45,8%) est une demande classique mais essentielle. L'information orale, même de qualité, est souvent mal mémorisée, surtout dans un contexte émotionnel fort (17). Des supports écrits, clairs, illustrés, et si possible traduits en arabe, permettraient au patient de revenir sur l'information à son rythme et d'en discuter avec ses proches (18). Des associations comme l'AFA (Association François Aupetit) en France ou des initiatives locales pourraient être sollicitées pour co-construire ces documents. Enfin, la demande de consultations d'annonce dédiées (38,9%) montre que les patients sont conscients de la spécificité de ce moment. Il ne s'agit pas d'une consultation comme les autres, et elle mérite un cadre particulier. Des modèles de consultation d'annonce structurés existent, comme le protocole SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy) initialement développé en oncologie mais tout à fait adaptable aux MICI (19). Ce type de démarche pourrait être formellement évalué dans notre contexte.

#### **Forces et limites de l'étude:-**

Notre travail présente plusieurs forces. Il s'agit de la première étude marocaine, à notre connaissance, à évaluer spécifiquement la qualité de l'annonce diagnostique des MICI avec un échantillon conséquent de 226 patients. Il a permis d'identifier des facteurs modifiables concrets, ouvrant des perspectives d'amélioration immédiates. Enfin, il donne la parole aux patients, recueillant leurs souhaits et priorités. Cependant, certaines limites doivent être mentionnées. Le caractère rétrospectif expose à un biais de mémorisation : le délai médian de 3 ans entre le diagnostic et l'enquête peut avoir altéré le souvenir précis des conditions de l'annonce. Une étude prospective, avec recueil des données juste après l'annonce, serait plus fiable. L'absence de données sur le niveau d'éducation des patients est une limite, car celui-ci influence probablement la compréhension et la perception de l'information (20). Le questionnaire utilisé, bien que construit à partir de la littérature, n'a pas fait l'objet d'une validation formelle. Enfin, il s'agit d'une étude monocentrique, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres contextes marocains.

#### **Implications pour la pratique clinique et perspectives:-**

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

**Former les médecins** à la communication et aux techniques d'annonce (ateliers, simulation, formation continue).

**Structurer un parcours d'annonce** : programmer une consultation dédiée d'au moins 30 minutes, permettant la présence d'un accompagnant.

**Développer des supports d'information** clairs, simples, bilingues (français/arabe) et les remettre systématiquement.

**Faciliter l'accès à l'équipe** après l'annonce (carte avec numéro de téléphone, modalités de contact).

**Mettre en place une coordination pluridisciplinaire** en identifiant des correspondants (psychologue, diététicien, association de patients) vers qui orienter précocement.

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

### Conclusion:-

L'annonce diagnostique des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin au CHU Tanger-Tetouan-Al Hoceima est jugée satisfaisante par seulement 37,9% des patients. Les facteurs d'insatisfaction identifiés – durée insuffisante, langage inadapte, impossibilité de poser des questions, difficulté d'accès à l'équipe – sont pour la plupart modifiables par des interventions ciblées et peu coûteuses. La mise en place d'une consultation d'annonce structurée, la formation des soignants à la communication, le développement de supports d'information adaptés au contexte marocain et l'organisation d'un circuit multidisciplinaire pourraient significativement améliorer l'expérience des patients. À terme, une meilleure annonce contribuerait probablement à une meilleure acceptation de la maladie, une observance thérapeutique renforcée et, in fine, une amélioration de la qualité de vie des patients atteints de MICI. Une étude interventionnelle évaluant concrètement l'impact de ces mesures serait la prochaine étape logique pour valider scientifiquement cette démarche d'amélioration de la qualité des soins.

### Legendes Des Tableaux:-

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

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

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

### Legendes Des Figures:-

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

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

### References:-

1. 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. *Lancet*. 2017;390(10114):2769-78.
2. El Mouhafid F, El Yousfi M, Benelbarhdadi I, Ajana FZ, Essamri W, Afifi R, et al. Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin au Maroc : épidémiologie et prise en charge. *J Afr Hepato Gastroenterol*. 2015;9(3):124-9.
3. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363(9405):312-9.
4. Hauser G, Tkalcic M, Stimac D, Mijandrusic-Sincic B. Gender differences in quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Coll Antropol*. 2011;35(Suppl 2):231-5.
5. Siegel CA. What factors do patients with IBD consider when making treatment decisions? *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2014;10(10):668-70.
6. Haute Autorité de Santé. Annonce d'une maladie chronique : guide parcours de soins. Saint-Denis La Plaine:HAS; 2014.
7. American Gastroenterological Association. AGA Institute medical position statement on the management of mild-to-moderate ulcerative colitis. *Gastroenterology*. 2019;156(3):748-64.
8. Nahon S, Lahmek P, Durance C, Olympie A, Lesgourgues B, Colombel JF, et al. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease: results from a French survey. *Dig Liver Dis*. 2012;44(8):643-8.
9. Rubin GP, Hungin AP, Chinn DJ, Dwarakanath AD. Quality of life in patients with established inflammatory bowel disease: a UK general practice survey. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;19(5):529-35.
10. Wolfe BJ, Sirois FM. Beyond the diagnosis: a qualitative exploration of the experience of living with inflammatory bowel disease. *J Health Psychol*. 2008;13(8):1032-42.
11. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903-18.
12. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*. 2003;163(1):83-90.

13. Kennedy A, Robinson A, Hann M, Thompson D, Wilkin D. A cluster-randomised controlled trial of a patient-centred guidebook for patients with ulcerative colitis: effect on knowledge, anxiety and quality of life. *Health TechnolAssess.* 2003;7(11):1-104.
14. de Jong MJ, van der Meulen-de Jong AE, Romberg-Camps MJ, Becx MC, Maljaars JP, Cilissen M, et al. Telemedicine for management of inflammatory bowel disease (myIBDcoach): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet.* 2017;390(10098):959-68.
15. Mowat C, Cole A, Windsor A, Ahmad T, Arnott I, Driscoll R, et al. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut.* 2011;60(5):571-607.
16. Lesage AC, Hagege H, Tucac G, Gendre JP. Resultats d'un programme d'education therapeutique chez des patients atteints de maladie de Crohn. *Gastroenterol Clin Biol.* 2008;32(1):12-7.
17. Kessels RP. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med.* 2003;96(5):219-22.
18. Smith SK, Trevena L, Nutbeam D, Barratt A, McCaffery KJ. Information needs and preferences of low and high literacy consumers for decisions about colorectal cancer screening: utilizing a linguistic model. *Health Expect.* 2008;11(2):123-36.
19. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302-11.
20. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97-107.