



UNIVERSITÉ LILLE 2 DROIT ET SANTÉ

**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Utilisation des échelles de qualité de vie spécifiques chez les patients ayant une maladie chronique en médecine générale :  
une revue systématique de la littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 29 novembre 2024 à 16h  
au Pôle Formation  
par **Magdeleine HUTIN**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Etienne ALLART**

**Assesseur :**

**Madame le Docteur Isabelle BODEIN**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Alissa SEBBAH**

---

# AVERTISSEMENT

**La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## Liste des abréviations

ADDQOL 19	Audit of Diabetes Dependent Quality of Life
AIMS	Arthritis Impact Measurement Scales
AQ 20	Airways Questionnaire 20
AVC	Accident vasculaire cérébral
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CAT	COPD assessment test
CCQ	COPD control questionnaire
CD QOL	Coeliac disease Quality Of Life
CHQLQ	Chronic headache quality of life questionnaires
CPIB	Communicative Participation Item Bank
CRQ	Chronic respiratory questionnaire
CRQ SAS	Chronic respiratory questionnaire self administered short version
DBI	Drug Burden Index
DHP	Diabetes health profile
DID	Diabète insulino dépendant
DNID	Diabète non insulino dépendant
DQOL-BCI	Diabetes Quality of life - Brief Clinical Inventory
DSDH-17 M	Distress scale for patients with diabetes mellitus and/ or hypertension
GIS	Gout impact scale
HAQ	Health assessment questionnaire
HAS	Haute autorité de santé
HIT-6	Headache impact test

HRQOL	Health related quality of life (qualité de vie liée à la santé)
IBDQ	Inflammatory Bowel Disease Questionnaire
IBS-QOL	Irritable Bowel Syndrome Quality of Life
IF	Impact factor
IWQoL-Lite	Impact of weight on quality of life
KCCQ	Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire
Mini AQLQ	Mini asthma Quality of Life Questionnaire
MLHFQ	Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire
NC	Non connu
PA	Paquets années
PAQLQ	Pediatric asthma quality of life questionnaire
PDQ 8	Parkinson disease questionnaires 8
PDQ 39	Parkinson disease questionnaires 39
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
QDV	Qualité de vie
QOL	Quality of life
QoL-AD	Quality of Life-Alzheimer's disease questionnaire
RhinoQol	Rhinosinusitis quality of life survey
SGRQ	St. George's Respiratory Questionnaire
SIBDQ	Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire
SNOT-20	Sino-Nasal Outcomes Test-20
SRI questionnaire	Severe respiratory insufficiency questionnaire
TBIPQ	The Brief Illness Perception Questionnaire

# Table des matières

<b>AVERTISSEMENT.....</b>	<b>2</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>4</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Introduction.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Matériels et méthodes.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1. Revue systématique de la littérature.....</b>	<b>10</b>
2.1.1. Méthode de recherche.....	10
2.1.2. Critères d'inclusion / non inclusion.....	11
2.1.3. Sélection des articles.....	12
2.1.4. Évaluation des études.....	12
2.1.5. Extraction des données.....	13
2.1.6. Liens d'intérêts.....	13
<b>2.2. Analyse qualitative des résultats.....</b>	<b>14</b>
<b>3. Résultats.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1. Revue systématique de la littérature.....</b>	<b>15</b>
3.1.1. Identification et sélection des articles.....	15
3.1.2. Tableau des résultats.....	16
3.1.3. Caractéristiques des études.....	80
3.1.3.1. Méthodologie.....	80
3.1.3.2. Lieux.....	80
3.1.3.3. Objectifs principaux.....	80
3.1.3.4. Recrutement et population.....	82
3.1.3.5. Validité interne et externe.....	84
3.1.4. Échelles de QDV utilisées.....	84
3.1.5. Résultats des études.....	91
<b>3.2. Analyse qualitative des résultats.....</b>	<b>91</b>
3.2.1. Caractéristiques des médecins réponders.....	91
3.2.2. Réponses obtenues.....	91
3.2.2.1. Première question.....	91
3.2.2.2. Deuxième question.....	92
<b>4. Discussion.....</b>	<b>95</b>
4.1. Résultats principaux.....	95
4.1.1. Facteurs influençant la QDV liée à la santé.....	95
4.1.1.1. Chez les patients ayant une pathologie chronique.....	95
4.1.1.2. Polymédication et observance.....	96
4.1.1.3. Facteurs sociodémographiques et géographiques.....	96
4.1.2. Caractéristiques des échelles.....	97
4.1.3. Intérêts des échelles spécifiques.....	98

4.1.3.1. Dans l'évaluation.....	98
4.1.3.2. Dans l'adaptation des objectifs thérapeutiques.....	99
4.1.4. Évaluation qualitative des résultats.....	99
4.1.5. Mise à jour des résultats.....	100
4.2. Validité interne.....	101
4.2.1. Types d'études.....	101
4.2.2. Recrutement.....	101
4.2.3. Méthode.....	101
4.2.4. Évaluation de la validité interne.....	102
4.2.5. Biais.....	102
4.3. Validité externe.....	103
4.4. Limites de l'étude.....	104
4.5. Forces de l'étude.....	105
4.6. Perspectives pour la médecine générale.....	106
<b>5. Conclusion.....</b>	<b>107</b>
<b>6. Bibliographie.....</b>	<b>108</b>
<b>ANNEXE 1 : Liste de contrôle PRISMA 2020.....</b>	<b>115</b>
<b>ANNEXE 2 : GRADE DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS.....</b>	<b>119</b>
<b>ANNEXE 3 : ECHELLE DOWNS AND BLACK.....</b>	<b>120</b>

# 1. Introduction

La deuxième moitié du vingtième siècle a été marquée par de nombreux progrès médicaux et sociaux permettant une augmentation importante de l'espérance de vie (1–3), entraînant une majoration de la prévalence des maladies chroniques (4), et cela au détriment de la qualité de vie (5,6). Les maladies chroniques sont, selon la HAS, *“des maladies – ou affections - qui sont rarement guérissables, et qui nécessitent des soins prolongés, le plus souvent à vie”* (7). En France, les maladies chroniques et leurs traitements représentaient près de 62% des dépenses de santé en 2021 (8).

La qualité de vie (QDV) est définie comme *“la perception qu’a un individu de sa place dans l’existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C’est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d’indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement”* (9). Cette notion s’inscrit dans le prolongement de la santé, telle que la définit l’OMS, qui est *“un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité”* (10). La QDV liée à la santé permet ainsi de mesurer le retentissement direct de la maladie et du traitement sur le patient de façon individuelle (11). Progressivement, cette mesure a pris de plus en plus de place dans la recherche (12) au point de devenir un marqueur d’efficience et un paramètre indispensable pour l’évaluation des technologies de la santé en France (13,14) ainsi qu’un outil d’évaluation de la performance des systèmes de

soins selon l'OMS (15–17). Dans cette thèse, nous nous intéresserons plus particulièrement à la qualité de vie liée à la santé.

Afin d'évaluer au mieux la QDV liée à la santé, de nombreuses échelles de mesure ont vu le jour. Elles sont soit spécifiques, pour évaluer la conséquence d'une pathologie particulière sur la QDV liée à la santé ou pour étudier la QDV dans une population précise; soit génériques, pour étudier la QDV liée à la santé quelle que soit la pathologie et la population. Toutefois il n'existe aucun consensus pour cette mesure. Les méthodologies des recherches sur la QDV sont disparates et auraient besoin d'être améliorées (18,19). Il en résulte que cette mesure n'a qu'un faible impact sur les décisions cliniques et thérapeutiques (19,20).

L'un des rôles des médecins généralistes est de faire de l'éducation thérapeutique qui, en favorisant l'autogestion des patients, permet d'améliorer la QDV liée à la santé (21). Ainsi, la recherche en médecine générale est indispensable pour mieux connaître les enjeux de la QDV liée à la santé dans un contexte de soins primaires. Une revue systématique de la littérature a été réalisée en 2004 sur le lien entre la multimorbidité et la QDV liée à la santé en soins primaires, révélant une dégradation de la QDV liée à la santé chez les patients ayant plusieurs pathologies chroniques (22). Mais aucune étude n'a recherché quelles étaient les échelles de qualité de vie utilisées dans la littérature chez des patients ayant une maladie chronique en soins primaires.

Par conséquent, l'objectif de cette thèse est d'effectuer un état des lieux de la littérature, concernant l'utilisation des échelles de qualité de vie spécifiques chez les patients ayant une maladie chronique en médecine générale, afin d'en promouvoir l'utilisation et d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients.

## 2. Matériels et méthodes

### 2.1. Revue systématique de la littérature

#### 2.1.1. Méthode de recherche

Cette revue systématique de la littérature répond aux critères de la grille PRISMA 2020. La recherche des articles a été réalisée sur 3 bases de données : Pubmed, Google Scholar et Lissa.

Les recherches ont été effectuées sur les articles publiés entre le 01/01/2003 et le 01/10/2023. Pour Google Scholar seules les 10 premières pages accessibles ont été retenues. Pour les autres bases de données, tous les articles ont été inclus.

Les équations de recherche ont été adaptées aux différentes bases de données en utilisant les mots clefs suivants issus du répertoire MeSH :“Primary health care” ; “use”; “weights and measures”; “quality of life”; “chronic illness”.

Les équations de recherche utilisées sont les suivantes :

Pub med :

- *((quality of life [Title/Abstract]) OR (Health related quality of life [Title/Abstract]) OR (life quality [Title/Abstract]) (Health-related quality of life[Title/Abstract]) OR (quality life[Title/Abstract]) ) AND ((primary care) OR (primary healthcare) OR (primary health care) ) AND ((disease) OR (illness) ) AND ((questionnaires) OR (questionnaires and surveys) OR (evaluation) OR (scale) OR (measurement) )*

Google scholar :

- *allintitle: ((quality of life) OR ( health related quality of life)) AND (( disease) OR (illness))*

Lissa :

- *Qualité de vie ET maladie*

## 2.1.2. Critères d'inclusion / non inclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Concernant le type d'étude :
  - Tout type d'étude sauf les revues de littérature et les méta-analyses
  - Articles disponibles entièrement en anglais ou en français
- Concernant la date de publication :
  - Articles publiés entre le 1er Janvier 2003 et le 1er Octobre 2023
  - Les articles contenus sur les dix premières pages de Google Scholar
- Concernant la population incluse :
  - Population recrutée en soins primaires ou extrapolable aux soins primaires
  - Patients ayant au moins une maladie chronique
- Concernant l'intervention d'intérêt :
  - Mesure en soins primaires de la qualité de vie liée à la santé par des échelles de qualité de vie spécifiques validées
- Critère de jugement principal ou secondaire : utilisation d'un questionnaire validé évaluant la qualité de vie liée à la santé

Les critères de non inclusion sont :

- Concernant le type d'étude :
  - Article écrit dans une autre langue que l'anglais ou le français
  - Article non disponible en entier

- Études qualitatives
- Concernant la population incluse :
  - Population non recrutée en soins primaires ou non extrapolable aux soins primaires
  - Mesure de la QDV liée à la santé chez des personnes n'ayant pas de maladies chroniques
  - Mesure de la QDV liée à la santé par des tiers
- Concernant les interventions d'intérêt
  - Études ne portant pas sur les maladies chroniques
  - Mesure de la QDV liée à la santé sans utilisation d'une échelle validée

### 2.1.3. Sélection des articles

Les données récoltées ont été intégrées dans le logiciel Rayyan QCRI conçu pour les revues systématiques de littérature. Les doublons ont été retirés et les sélections ont été faites en aveugle par deux investigateurs. Il a été réalisé une première sélection des articles sur le titre puis sur l'abstract et enfin sur l'article complet. A l'issue de chacune de ces étapes, l'aveugle était levé et une mise en commun des articles inclus était effectuée. La résolution des discordances était faite entre les deux investigateurs. En cas de persistance d'un désaccord, celui-ci était résolu par une troisième personne.

### 2.1.4. Évaluation des études

L'évaluation de la validité interne a été faite selon le même protocole que les sélections d'articles, c'est-à-dire en aveugle par deux investigateurs et intervention d'une troisième personne en cas de désaccord. L'échelle de Downs et Black permet

d'évaluer la puissance ainsi que la validité interne des études incluses. La version originale (23) a été utilisée. Tous les items ont été appliqués aux études interventionnelles et seuls les items 1,2,3,6,7,10,11,12,18 et 20 ont été utilisés pour les études observationnelles. Elle a été incluse dans les annexes de cette étude.

Le recueil des niveaux de preuve selon la grille de la HAS a été effectué pour tous les articles retenus.

L'impact factor de la revue de publication de l'article a également été intégré dans le tableau de données.

#### 2.1.5. Extraction des données

Différentes données des articles retenus ont été extraites et synthétisées dans un tableau comportant ces catégories :

- "Références de l'étude (Titre auteur Impact Factor )",
- "Type d'étude / Objectif / Méthode",
- "Pays / Date / Lieux d'inclusion / Critères d'inclusion",
- "Critère de jugement principal",
- "Résultats principaux concernant la qualité de vie liée à la santé",
- "Questionnaire utilisé",
- "Evaluation de la validité interne et du niveau de preuve HAS",
- "Échelle générique (G) ou spécifique (S)"

#### 2.1.6. Liens d'intérêts

L'auteur de cette étude déclare n'avoir aucun lien d'intérêt et n'avoir reçu aucun financement pour sa réalisation.

## 2.2. Analyse qualitative des résultats

Afin de procéder à une évaluation qualitative de ce travail, 4 médecins généralistes exerçant en libéral dans les Hauts-de-France et ayant en charge des patients atteints de maladies chroniques ont été contactés.

Ils ont répondu à deux questions par mail :

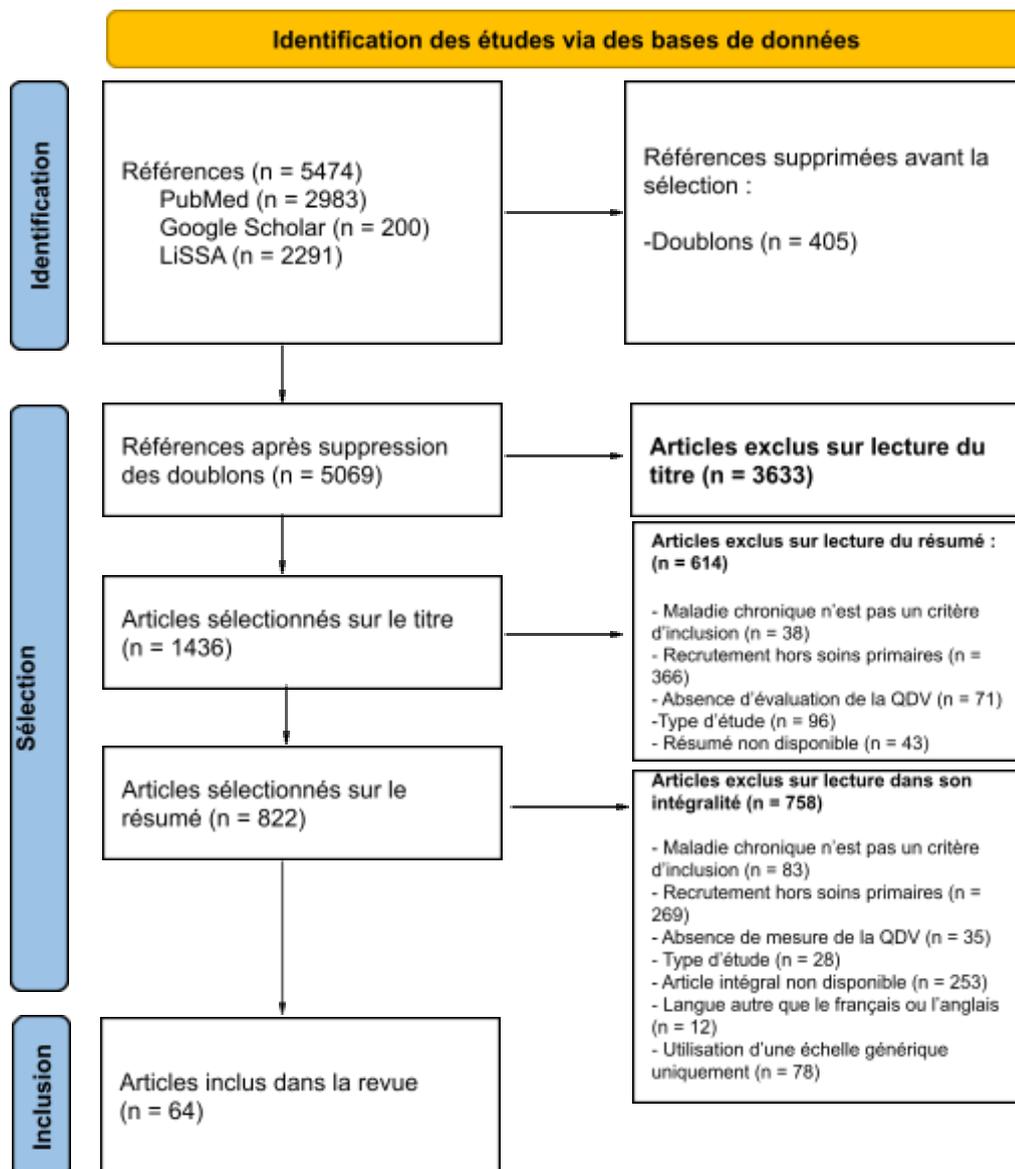
- *Que pensez-vous des résultats de cette revue systématique de la littérature ?*
- *Parmi les échelles étudiées, laquelle vous semblerait la plus adaptée à utiliser lors des consultations de médecine générale ?*

Leurs réponses ont été retranscrites mot pour mot dans la partie résultats de cette thèse.

### 3. Résultats

#### 3.1. Revue systématique de la littérature

##### 3.1.1. Identification et sélection des articles



### 3.1.2. Tableau des résultats

Références de l'étude (Titre auteur IF )	Type d'étude / Objectif / Méthode	Pays / Date / Lieux d'inclusion / Critères d'inclusion	Critère de jugement principal	Résultats principaux concernant la qualité de vie liée à la santé	Questionnaire utilisé	Evaluation de la qualité de l'étude	Échelle générique (G) ou spécifique (S)
<p>A survey of the burden of allergic rhinitis in Europe. (24)</p> <p><b>Auteurs :</b>            Canonica GW, Bousquet J, Mulloj J, Scadding GK, Virchow JC.</p> <p><b>Journal :</b>            Allergy - Volume 62, Issue 0, pp. 17-25 - published 2007-01-01.</p> <p><b>Impact factor :</b>            12,6</p>	<p><b>Type d'étude:</b>            Étude observationnelle transversale internationale</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier la perception des symptômes et l'impact de la rhinite allergique.</p>	<p><b>Pays:</b> Allemagne, France, Italie, Espagne, Royaume uni</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b>            Février - avril 2006</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b>            soins primaires et secondaires (patientèle de médecins spécialistes)</p> <p><b>Critère d'inclusion:</b>            -Patients âgés de plus de 12 ans            -Avec un diagnostic de rhinite allergique</p> <p>1482 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Mesure de la QDV liée à la santé spécifique chez les patients ayant une rhinite allergique</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Les patients étaient peu troublés ou seulement un peu troublés par leur rhinite allergique. Et les scores étaient globalement identiques entre les patients ayant une rhinite allergique perannuelle ou saisonnière.</p> <p>-Les conséquences de la maladie sur la QDV liée à la santé étaient plus importantes chez les patients avec une maladie plus sévère.</p> <p>-Mise en évidence d'une corrélation négative entre la QDV liée à la santé et le nombre de jours sans symptômes dans les 4 dernières semaines. C'est-à-dire, augmentation de la qualité de vie liée à la santé avec l'augmentation du nombre de jours sans symptômes dans les 4 dernières semaines.</p> <p>-Plus grand impact de la rhinite allergique chez les patients avec une maladie persistante par rapport aux patients ayant des symptômes intermittents.</p>	<p>Mini Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (mini RQLQ)</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 7/10</p>	S

<p>A Survey of the Burden of Allergic Rhinitis in Spain (25)</p> <p><b>Auteur:</b> J Mullol</p> <p><b>Journal :</b> Journal of investigational allergology &amp; clinical immunology - Volume 19, Issue 1, pp. 27-34 - published 2009-01-01.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 6,1</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> déterminer la perception des symptômes de la rhinite allergique et son impact sur la QDV liée à la santé</p>	<p><b>Pays:</b> Espagne</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Février - Avril 2006</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> Recrutement via des médecins généralistes et des allergologues</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patient de plus de 12 ans -Ayant été traité pour une rhinite allergique par leur médecin</p> <p>88 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Mesure des différents symptômes présents dans la rhinite allergique</p> <p>Mesure de la QDV liée à la santé chez les patients avec une rhinite allergique</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Les patients sont quelque peu dérangés ou modérément dérangés par leurs symptômes de rhinite allergique.</p> <p>-QDV liée à la santé identique entre les patients ayant une rhinite allergique perannuelle et ceux ayant une rhinite allergique saisonnière.</p> <p>-Impact plus important de la rhinite allergique sur la QDV liée à la santé chez les patients avec un asthme concomitant.</p>	<p>Mini Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire</p> <p>(mini RQLQ )</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 5/10</p>	<p>S</p>
---	--	---	--	--	---	--	----------

<p>A survey of the burden of allergic rhinitis in the USA. (26)</p> <p><b>Auteurs :</b> Schatz M.</p> <p><b>Journal :</b> Allergy - Volume 62, Issue 0, pp. 9-16 - published 2007-01-01.</p> <p><b>Impact factor :</b> 12,6</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier la perception des symptômes et l'impact de la rhinite allergique aux États unis</p>	<p><b>Pays :</b> États-Unis</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Février - Avril 2006</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> cabinets de médecine générale ou de spécialistes</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patient âgés de plus de 12 ans -Avec un diagnostic de rhinite allergique</p> <p>447 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b></p> <p>Mesure des différents symptômes présents dans la rhinite allergique</p> <p>Mesure de la QDV liée à la santé chez les patients avec une rhinite allergique</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Les patients étaient peu troublés ou seulement un peu troublés par la rhinite allergique.</p> <p>-Chez les patients ayant un asthme concomitant, la rhinite allergique avait un impact plus délétère sur la QDV liée à la santé.</p> <p>-Plus la maladie était sévère, plus la QDV liée à la santé se dégradait.</p> <p>-Corrélation négative entre la QDV liée à la santé et le nombre de jours sans symptômes dans les 4 dernières semaines.</p> <p>-Plus grand impact de la rhinite allergique chez les patients avec une maladie persistante par rapport aux patients ayant des symptômes intermittents.</p>	<p>Mini Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire</p> <p>(mini RQLQ)</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 5/10</p>	<p>S</p>
---	---	--	---	--	--	--	----------

<p>Activation and perceived expectancies: correlations with health outcomes among veterans with inflammatory bowel disease. (27)</p> <p><b>Auteurs :</b> Munson GW, Wallston KA, Dittus RS, Speroff T, Roumie CL.</p> <p><b>Journal :</b> Journal of general internal medicine - Volume 24, Issue 7, pp. 809-15 - published 2009-07-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 5,13</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier s'il existe un lien entre les capacités adaptatives des patients, le processus de soins et la QDV liée à la santé dans une population ayant des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)</p>	<p><b>Pays:</b> États-Unis</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Janvier 2000 - Décembre 2006</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> base de données issus de centres de santé de vétérans ( Veterans affaire health service) de la vallée du Tennessee, USA. 2 hôpitaux universitaires et 8 cliniques de soins primaires</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients de plus de 18 ans -ayant une maladie inflammatoire de l'intestin ( Crohn, rectocolite hémorragique ou maladie inflammatoire de l'intestin sans précision)</p> <p>260 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Mesure de la qualité de vie liée à la santé chez les patients ayant une MICI avec le Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (SIBDQ)</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Corrélation positive entre la QDV liée à la santé et les capacités adaptatives des patients mesurées par les scores Patient Activation Measure (PAM) et Perceived Expectancies Index (PEI).</p> <p>-En analyses bivariées, le PEI entraînait plus de variation sur la QDV liée à la santé que le score PAM.</p> <p>-Les capacités adaptatives des patients étaient fortement corrélées à la QDV liée à la santé.</p>	<p>Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (SIBDQ)</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 8/10</p>	<p>S</p>
---	---	---	--	--	---	--	----------

<p>An Internet-Mediated Pedometer-Based Program Improves Health-Related Quality-of-Life Domains and Daily Step Counts in COPD (28)</p> <p><b>Auteurs :</b> Moy ML, Collins RJ, Martinez CH, Kadri R, Roman P, Holleman RG, Kim HM, Nguyen HQ, Cohen MD, Goodrich DE, Giardino ND, Richardson CR.</p> <p><b>Journal :</b> Chest - Volume 148, Issue 1, pp. 128-137 - published 2015-07-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 10,26</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude interventionnelle contrôlée randomisée</p> <p><b>Objectif:</b> Essayer de montrer que le programme THS permet d'améliorer la qualité de vie liée à la santé des patients et d'augmenter le nombre de pas quotidiens.</p> <p><b>Méthode:</b> -groupe interventionnel avec un podomètre à porter tous les jours, téléchargement du nombre de pas quotidiens toutes les semaines et établissement d'un objectif de nombre de pas -groupe contrôle : port du podomètre tous les jours, téléchargement du nombre de pas quotidien tous les mois, pas d'objectif.</p>	<p><b>Pays:</b> Etats Unis et Porto Rico</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Décembre 2011- Janvier 2013</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> À partir d'une base de donnée nationale de Vétérans ( Veterans Integrated Service Networks)</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Vétérans de plus de 40 ans -Diagnostic de BPCO, emphysème ou bronchite chronique -Ayant bénéficié de soins dans l'année précédente</p> <p>239 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> comparaison de la QDV liée à la santé mesurée par une échelle spécifique après 4 mois d'intervention entre un groupe interventionnel et un groupe contrôle.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Pas de différences significatives sur les scores totaux de QDV liée à la santé à 4 mois.</p> <p>-Amélioration des scores de QDV liée à la santé dans le domaines des symptômes de la maladie et de son impact chez les patients du groupe interventionnel.</p> <p>-Augmentation du nombre de pas quotidien dans le groupe interventionnel.</p>	<p>St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p> <p>Echelle Downs and Black : 23/27</p>	<p>S</p>
--	---	---	--	---	--	---	----------

<p>Assessing health-related quality of life in COPD: comparing generic and disease-specific instruments with focus on comorbidities (29)</p> <p><b>Auteurs :</b> Margarethe E. Wacker, Rudolf A. Jörres, Annika Karch, Sarah Wilke, Joachim Heinrich, Stefan Karrasch Armin Koch, Holger Schulz, Henrik Watz, Reiner Leidl</p> <p><b>Journal :</b> BMC pulmonary medicine - Volume 16, Issue 0, pp. 1-11 published 2016-01-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,32</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Comparer la mesure de la QDV liée à la santé chez les patients BPCO par 3 échelles : 1 générique et 2 spécifiques , avec une attention particulière sur leurs capacités à être discriminantes et sur l'impact des comorbidités sur la QDV liée à la santé.</p>	<p><b>Pays:</b> Allemagne</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Septembre 2010 - Décembre 2013</p> <p><b>Lieux d'inclusion :</b> population issue de la cohorte COSYCONET : Patients examinés dans 31 centres de santé. Recrutement en ambulatoire ou hospitalier, par des groupes de patients et par des campagnes médiatiques.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Âge ≥40 ans -Diagnostic de BPCO posé dans un centre de soins primaires ou centre de soins spécialisés</p> <p>2291 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Comparaison de la variabilité de la QDV liée à la santé chez les patients BPCO en fonction des comorbidités, du stade de la pathologie et d'autres variables. Comparaison de la capacité des différentes échelles de mesure de la QDV liée à la santé dans la BPCO à différencier les stades de gravité de la BPCO</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Meilleure corrélation entre le EQ5D utility score et le CAT et SGRQ scores qu'avec le score EQ 5D VAS.</p> <p>-Meilleure corrélation du score BODE avec les instruments de mesure de la qualité de vie qu'avec le score GOLD.</p> <p>-Le SGRQ est le score qui a montré la plus grande capacité à différencier les différents stades de BPCO.</p> <p>-Plus la BPCO est sévère plus la QDV liée à la santé est basse dans toutes les échelles sauf l' EQ 5D Utility pour les grades GOLD 1 et 2.</p> <p>-Avoir 4 comorbidités ou plus entraîne une dégradation dans tous les scores de QDV liée à la santé.</p>	<p>-St. George's Respiratory Questionnaire in its COPD specific version (SGRQ-C)</p> <p>-COPD Assessment Test</p> <p>-EQ-5D 5L</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 10/10</p>	<p>G S</p>
--	--	--	---	--	--	---	----------------

<p>BPCO et qualité de vie : impact de la maladie en médecine générale en France (5)</p> <p><b>Auteurs :</b> Perez, T., Serrier, P., Pribil, C., Mahdad, A.</p> <p><b>Journal :</b> journal des maladies respiratoires - Volume 30, Issue 1, pp. 22-32 - published 2013-01-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 0,622</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Faire un état des lieux de l'état de santé des patients BPCO en vie réelle par le recrutement en soins primaires en utilisant des scores de QDV liée à la santé spécifiques et non spécifiques et tester le CAT ( COPD assesement test) sur un large échantillon</p>	<p><b>Pays:</b> France :</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Décembre 2008 - Avril 2009</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> Tirage au sort de 106 médecins généralistes sur la base de données CEGEDIM.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Patients de 40 à 80 ans</li> <li>-BPCO confirmée depuis au moins 6 mois et VEMS/CVF &lt; 70 %</li> <li>-tabagisme sévère ou actif d'au moins 10 paquet années (PA)</li> </ul> <p>383 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Mesure de la QDV liée à la santé chez les patients BPCO recrutés en médecine générale selon l'échelle spécifique SGRQ-C et générique SF 12</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dégradation des scores de QDV liée à la santé quelque soit le niveau de sévérité de la BPCO déterminé par le clinicien ou par la classification GOLD.</li> <li>-Meilleure QDV dans la composante mentale de la SF12 chez les hommes.</li> <li>-Les différences entre les stades de sévérité appréciés par le clinicien étaient cliniquement significatives pour les questionnaires SGRQ, SF-12- PCS.</li> <li>-Dégradation des scores de QDV liée à la santé chez les patients ayant des exacerbations.</li> <li>-Dégradation du score de QDV liée à la santé chez les patients ayant 3 comorbidités ou plus</li> </ul>	<p>SGRQ-C SF 12</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle de Downs and Black : 9/10</p>	<p>G S</p>
--	--	--	---	---	---------------------	---	------------

<p>Burden of disease study of overweight and obesity; the societal impact in terms of cost-of-illness and health-related quality of life (30)</p> <p><b>Auteur:</b> J. Hecker, K. Freijer, M. Hiligsmann and S. M. A. A. Evers</p> <p><b>Journal :</b> BMC Public Health - Volume 22, Issue 1, pp. 1-13 - published 2022-01-01.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 3,5</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle prospective ascendante basée sur la prévalence</p> <p><b>Objectif:</b> Mesure de l'impact du surpoids et de l'obésité sur les dépenses de santé et la qualité de vie liée à la santé sur la population néerlandaise</p>	<p><b>Pays:</b> Pays bas</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Juin - Décembre 2020</p> <p><b>Lieu d'inclusion:</b> recrutement des patients via facebook et des sites internet concernant le surpoids et l'obésité</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> - plus de 18 ans, -IMC &gt; 25 kg/m<sup>2</sup></p> <p>97 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Estimation des coûts liés au surpoids et à l'obésité ( dépenses liées aux soins et celles induites par l'obésité ) Mesure de la QDV liée à la santé par une échelle spécifique et une échelle générique</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Diminution de la qualité de vie liée à la santé chez les patients obèses ou en surpoids dans la dimension douleur / inconfort.</p> <p>-Lors de la mesure de la QDV liée à la santé avec l'échelle BODY Q, c'est la dimension « image du corps » qui a montré le taux de satisfaction le plus bas.</p> <p>-Dans les analyses en sous groupes: Score d'utilité de l'EQ 5D dégradé chez les patients obèses comparé aux patients en surpoids. Score d'utilité plus haut chez les 19-29 ans.</p>	<p>EQ 5D 5L BODY Q</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 9/10</p>	<p>G S</p>
--	--	--	--	--	----------------------------	--	----------------

<p>Change in cardio-protective medication and health-related quality of life after diagnosis of screen-detected diabetes: Results from the ADDITION-Camb ridge cohort. (31)</p> <p><b>Auteurs :</b> Black JA, Long GH, Sharp SJ, Kuznetsov L, Boothby CE, Griffin SJ, Simmons RK</p> <p><b>Journal :</b> Diabetes research and clinical practice - Volume 109, Issue 1, pp. 170-7 - published 2015-07-01.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 5,9</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude interventionnelle pragmatique contrôlée et randomisée en grappes</p> <p><b>Objectif:</b> Déterminer l'impact du changement de thérapeutique à visée cardio protectrice sur la QDV liée à la santé générale entre le début de l'étude et 1 an plus tard et sur la QDV liée à la santé générique (EQ 5D et SF 36) et spécifique (ADDQOL-AWI) par des mesures à 1 et 5 ans</p> <p><b>Objectif secondaire:</b> Regarder si le changement de thérapeutique à visée cardio protectrice dans l'année suivant le diagnostic change la qualité de vie des patients 5 ans plus tard</p> <p><b>Méthode:</b> Mise en place de 2 groupes : -un groupe avec traitement standard et un groupe avec traitement intensif</p>	<p><b>Pays:</b> Royaume uni</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> non indiquées</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 49 cabinets de médecins générale en Angleterre. Données issues de l'étude ADDITION Europe trail</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patient de 40 à 69 ans -Patients avec un diabète découvert à la suite du dépistage organisé chez les patients à haut risque</p> <p>867 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Evolution de la qualité de vie liée à la santé à 1 an et 5 ans du diagnostic en fonction du changement dans les thérapeutiques</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Diminution du score de QDV liée à la santé à 1 an mesuré par ADDQOL-AWI suggérant un impact négatif du diabète sur la QDV liée à la santé.</p> <p>-Pas de changement dans les scores de qualité de vie liée à la santé entre les mesures à 1 et 5 ans.</p> <p>-La prise supplémentaire d'un traitement cardioprotecteur permettait d'améliorer la composante physique de l'échelle SF 36 et de l'échelle EQ 5D.</p> <p>-Diminution de la QDV liée à la santé mesurée par ADDQOL AWI en cas de prise d'un médicament supplémentaire.</p> <p>-En analyse secondaire, en cas de changement de thérapeutique dans la première année suivant le diagnostic pas d'amélioration de la QDV liée à la santé dans les différentes échelles entre les mesure à 1 an et 5 ans après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels.</p>	<p>ADDQOL-AWI EQ 5D SF 36</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p> <p>Echelle Downs and Black : 20/27</p>	<p>G S</p>
--	---	---	---	---	---------------------------------------	---	----------------

<p>Clinical COPD Questionnaire score (CCQ) and mortality. (32)</p> <p><b>Auteurs :</b> Sundh J, Janson C, Lisspers K, Montgomery S, Ställberg B.</p> <p><b>Journal :</b> International journal of chronic obstructive pulmonary disease - Volume 7, Issue 0, pp. 833-42 - published 2012-01-01.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 2,7</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale multicentrique</p> <p><b>Objectif:</b> Evaluer le lien entre le CCQ score et la mortalité spécifique chez les patients BPCO</p> <p><b>Méthode:</b> Données de mortalité recueillie auprès du conseil suédois de la santé pour les années 2005 à 2010 et Échantillon issu d'une cohorte d'étude sur l'asthme et la BPCO</p>	<p><b>Pays:</b> Suède</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> 2005</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 14 hôpitaux et 56 cabinets de médecine générale</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients entre 18 et 75 ans -Avec un diagnostic de BPCO enregistré</p> <p>1548 Patients inclus (1084 soins primaires 464 soins secondaires)</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b></p> <p>-Lien entre le score CCQ et le taux de mortalité toutes causes confondues</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-En analyse uni et multivariée, lien significatif entre le score CCQ total et une majoration du taux de mortalité.</p> <p>-Taux de mortalité plus important chez les patients avec un score CCQ <math>\geq 2</math> comparé aux patients avec CCQ score <math>\leq 1</math>.</p> <p>-Risque de mortalité plus important dans les groupes avec les scores CCQ les plus hauts comparé aux patients avec une BPCO stable et un CCQ <math>&lt; 1</math>, après ajustement sur différentes variables.</p> <p>-Dans les analyses en sous groupes chez les patients avec une spirométrie, mortalité plus élevée chez les patients du groupe avec score CCQ <math>\geq 3</math> et du groupe avec CCQ score <math>\geq 2</math> et <math>&lt; 3</math> par rapport au groupe avec CCQ <math>&lt; 1</math>.</p> <p>-En analyse multivariée, un score CCQ <math>\geq 3</math> était significativement lié à la mortalité dans tous les domaines.</p>	<p>CCQ</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 10/10</p>	<p>S</p>
--	--	---	---	---	------------	---	----------

<p>Co-morbidity in older patients with COPD--its impact on health service utilisation and quality of life, a community study (33)</p> <p><b>Auteurs :</b> Yeo J, Karimova G, Bansal S.</p> <p><b>Journal :</b> Age and ageing - Volume 35, Issue 1, pp. 33-7 - published 2006-01-01.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 6,0</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale de cohorte</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier l'impact des comorbidités sur la QDV liée à la santé et étude de l'utilisation des services de soins chez les personnes âgées atteintes de BPCO suivies en soins primaires</p>	<p><b>Pays:</b> Angleterre</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Octobre - Décembre 2003</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> un cabinet de médecine générale</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -patients âgés de 70 ans et plus -diagnostic de BPCO renseigné par le médecin traitant</p> <p>27 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b></p> <p>Mesure de la QDV liée à la santé spécifique en fonction du stade de sévérité de la BPCO et du score de comorbidités. Mesure de l'utilisation des services de soins en fonction des stades de sévérité de la BPCO</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Tendance à une dégradation de la QDV liée à la santé avec la majoration de la sévérité de la BPCO mais sans différence significative.</p> <p>-Corrélation entre la dégradation de la QDV liée à la santé et la majoration du nombre de comorbidités.</p> <p>-Corrélation entre le nombre de visites en structures de soins secondaires et la dégradation de la QDV liée à la santé.</p>	<p>SGRQ</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 8/10</p>	<p>S</p>
---	---	---	--	---	-------------	--	----------

<p>Co-morbidity, body mass index and quality of life in COPD using the Clinical COPD Questionnaire. (34)</p> <p><b>Auteurs :</b> Sundh J, Ställberg B, Lisspers K, Montgomery SM, Janson C</p> <p><b>Journal :</b> COPD - Volume 8, Issue 3, pp. 173-81 - published 2011-06-01.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 2,2</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale multicentrique</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier le lien entre la QDV liée à la santé, estimée par le CCQ, et les comorbidités et l'IMC</p> <p><b>Méthode:</b> échantillon sélectionné de façon aléatoire au sein d'une cohorte suivie pour un programme de recherche sur l'asthme et la BPCO. Collecte des données par questionnaire rempli par les patients en 2005 et examen des dossiers entre 2000 et 2003</p>	<p><b>Pays:</b> Suède</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> 2005 pour les questionnaires, entre 2000 et 2003 pour l'analyse des dossiers</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> Sélection de 14 hôpitaux et 56 centres de soins primaires.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b>  - Age compris entre 18 et 74 ans  - Patients avec un diagnostic de BPCO posé entre 2000 et 2003</p> <p>1548 Patients inclus (1084 soins primaires 464 soins secondaires)</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b>  Variation de la qualité de vie liée à la santé mesurée par l'échelle spécifique CCQ en fonction des variables : comorbidités et IMC</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Diminution de la QDV liée à la santé en cas d'association avec d'autres comorbidités : cardiopathie, dépression, obésité et faible poids.</p> <p>-Meilleure QDV liée à la santé dans tous les domaines de l'échelle CCQ chez les patients avec un plus haut niveau d'éducation et ceux avec une meilleure fonction respiratoire.</p> <p>-Dégradation de la QDV liée à la santé dans les 3 domaines de l'échelle CCQ en cas d'association à un faible poids ou à une dépression.</p> <p>-Diminution de la QDV liée à la santé dans la dimension de l'état fonctionnel en cas d'association à une cardiopathie.</p> <p>-Après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels, mise en évidence d'une dégradation de la qualité de vie liée à la santé chez les patients BPCO avec une dépression associée, une insuffisance cardiaque ou un IMC &lt; 20 kg/m<sup>2</sup>.</p> <p>-Chez les hommes, seul un faible poids était associé à une diminution de la QDV liée à la santé.</p>	<p>CCQ</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 9/10</p>	<p>S</p>
--	---	---	---	--	------------	--	----------

<p>Comparing assessment of diabetes-related quality of life between patients and their physicians (35)</p> <p><b>Auteurs :</b> Tamir O, De-Paz NS, Dvir D, Heymann AD</p> <p><b>Journal :</b> Health and quality of life outcomes - Volume 16, Issue 1, pp. 214 - published 2018-11-19.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 3,2</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier le degré de concordance entre la QDV liée à la santé déclarée par les patients adultes diabétiques et celle perçue par les professionnels de santé et les facteurs prédictifs de cette concordance.</p> <p><b>Méthode:</b> -échantillonnage en grappe pour la sélection des centres -échantillonnage de commodité au sein des centres</p>	<p><b>Pays :</b> Israël</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Août 2011 - Décembre 2012</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 9 structures de soins primaires et 5 centre de diabétologie</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients diabétiques suivis dans les cliniques sélectionnés</p> <p>136 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Étudier la concordance entre la QDV liée à la santé rapportée par les patients diabétiques et celle rapportée par leurs médecins.</p> <p><b>Critère de jugement secondaire :</b> Étudier les facteurs prédictifs de concordance dans la QDV liée à la santé rapportée par les patients et les médecins et déterminer si les médecins généralistes et les diabétologues sont capables de bien estimer la QDV liée à la santé de leurs patients.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-La QDV liée à la santé rapportée par les patients et les praticiens en soins primaires était meilleure que celle rapportée par les patients et les praticiens en soins secondaires.</p> <p>-En soins primaires, les praticiens jugeaient que la QDV liée à la santé des patients était moins bonne que celle rapportée par les patients eux-mêmes et cette différence était plus importante dans les structures de soins secondaires.</p> <p>-Cette étude retrouve une grande concordance entre la QDV liée à la santé estimée par l'EQ 5D 3L score par les praticiens et les patients.</p> <p>-Grande concordance dans l'attribution du profil A par les patients et les professionnels dans les 2 structures de soins, mais très légèrement plus haute dans les structures de soins primaires.</p> <p>-Pour l'évaluation de la QDV liée à la santé avec une échelle spécifique : 1/ Meilleure qualité de vie déclarée par les patients et les médecins dans les structures de soins primaires par rapport aux structures de soins secondaires 2/ concordance significative dans les 2 structures.</p> <p>-Les généralistes avaient tendance à surestimer la QDV liée à la santé spécifique et les spécialistes à la sous-estimer.</p>	<p>EQ 5D 3L DQOL-BC I</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 7/10</p>	<p>G S</p>
--	---	---	---	---	---------------------------	--	------------

<p>Cross-cultural adaptation of the Spanish MINICHAL instrument into English for use in the United Kingdom. (36)</p> <p><b>Auteurs :</b> Jordan AN, Anning C, Wilkes L, Ball C, Pamphilon N, Clark CE, Bellenger NG, Shore AC, Sharp ASP, Valderas JM.</p> <p><b>Journal :</b> Health and quality of life outcomes - Volume 20, Issue 1, pp. 39 - published 2022-03-04.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,2</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle prospective de cohorte uni centrique en ouvert</p> <p><b>Objectif:</b> -traduire, adapter et évaluer les performances psychométriques de l'échelle MINICHAL en vue d'une utilisation au Royaume Uni - Évaluer la capacité du test à répondre aux changements</p> <p><b>Méthode:</b> -Traduction de l'échelle en anglais en suivant différents référentiels -Puis évaluation de cette échelle au sein d'un essai clinique : Instauration d'un traitement antihypertenseur puis suivi des patients pendant 18 semaines avec une visite toutes les 2 à 4 semaines. Mesure de la QDV liée à la santé avec MINICHAL à l'inclusion et après 18 semaines.</p>	<p><b>Pays:</b> Royaume Uni</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> non indiquées</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> sélection de 22 centres de soins primaires ou secondaires</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients entre 18 et 79 ans -PAS <math>\geq</math> 170 mmHg au cabinet -PAS moyenne diurne <math>\geq</math> 150 mmHg mesurée à la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) réalisée à l'inclusion -N'ayant jamais eu de traitement anti HTA</p> <p>30 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> -Traduction en anglais et validation de l'échelle espagnole MINICHAL</p> <p><b>Critère de jugement secondaire:</b> Évaluer l'effet sur la QDV liée à la santé d'un traitement antihypertenseur chez des patients avec une HTA grade 2-3 naïfs de tout traitement</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Effet plancher important mais pas d'effet plafond pour l'échelle MINICHAL traduite en anglais.</p> <p>-Bonne fiabilité dans les 2 domaines de l'échelle MINICHAL.</p> <p>-Corrélation significative entre les dimensions de l'échelle MINICHAL traduite.</p> <p>-Réactivité au changement : Amélioration de la QDV liée à la santé mesurée par EQ 5D VAS et par l'échelle Bulpitt Fletcher après 18 semaines de traitements, résultats concordants mais non significatifs lors de la mesure de la QDV liée à la santé avec le MINICHAL.</p>	<p>EQ 5D 5L EQ 5D VAS Bulpitt Fletcher MINICHAL</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p> <p>Echelle Downs and Black : 9/10</p>	<p>G S</p>
--	---	--	---	---	---	--	----------------

<p>Daily activities and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: psychological determinants: a cross-sectional study. (37)</p> <p><b>Auteurs :</b> Weldam SW, Lammers JW, Decates RL, Schuurmans MJ.</p> <p><b>Journal :</b> Health and quality of life outcomes - Volume 11, Issue 0, pp. 190 - published 2013-11-05.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 3,2</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Déterminer dans quelle mesure l'association de facteurs tels que la perception de la maladie, la dépression ou la capacité d'adaptation ont un impact sur la réalisation d'activité physique quotidienne chez les patients avec une BPCO en soins primaires</p> <p><b>Méthode:</b> Mesure de la perception de la maladie, des capacités d'adaptation, des symptômes dépressifs, de la dyspnée, de l'activité physique quotidienne et de la QDV liée à la santé spécifique</p>	<p><b>Pays :</b> Pays Bas</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Juin 2010 - Avril 2011</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 10 cabinets de médecine générale aux pays Bas</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> - BPCO stade GOLD 1,2,3</p> <p>98 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Variation de l'activité physique quotidienne et de la QDV liée à la santé en fonction de la perception de la maladie, la dépression et la capacité d'adaptation</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-En modèle univarié et multivarié (avec ajustement sur l'âge et le sexe; puis avec ajustement sur âge, sexe, le stade de dyspnée, le VEMS, le tabagisme et les comorbidités) variation de la QDV liée à la santé avec la perception de la maladie et avec les symptômes dépressifs.</p> <p>-Dégradation de la QDV liée à la santé chez les patients avec une vision plus négative de leur maladie et ceux avec des symptômes dépressifs. La perception de la maladie, les symptômes dépressifs et la dyspnée expliquent 60% de la variation de la QDV liée à la santé.</p> <p>-Pas d'impact des capacités d'adaptation sur la QDV liée à la santé des patients BPCO.</p>	<p>CCQ</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 7/10</p>	<p>S</p>
---	---	--	--	---	------------	--	----------

<p>Depression and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. (38)</p> <p><b>Auteurs :</b> Omachi, Theodore A, Katz, Patricia P, Yelin, Edward H, Gregorich, Steven E, Iribarren, Carlos, Blanc, Paul D, Eisner, Mark D.</p> <p><b>Journal :</b> The American journal of medicine - Volume 122, Issue 8, pp. 778. e9-778. e15 - published 2009-01-01.</p> <p><b>Impact Factor :</b> 5,1</p>	<p><b>Type d'étude :</b> Étude observationnelle transversale.</p> <p><b>Objectif :</b> étudier les symptômes dépressifs chez les patients BPCO.</p> <p><b>Méthode :</b> recrutement d'une cohorte de contrôle avec des sujets sains.</p>	<p><b>Lieu de recrutement :</b> -recrutement à partir de la base de données du réseau de soins primaires et de soins spécialisés : Kaiser permanente. -Etats-Unis.</p> <p><b>Dates d'inclusion :</b> Janvier 2005 à Février 2007.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -1 visite médicale ou une hospitalisation concernant la BPCO dans les 12 derniers mois, -Prise ≥ 2 traitements pour la BPCO.</p> <p>1,212 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Établir le grade de sévérité clinique de la BPCO des patients avec le test de marche des 6 minutes, -variation de la QDV en fonction de la présence de symptômes dépressifs.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Dans le groupe de patients atteints de BPCO, il y avait une plus grande prévalence des symptômes dépressifs surtout chez les patients avec le VEMS le plus bas.</p> <p>-Diminution de la QDV liée à la santé spécifique chez les patients avec des symptômes dépressifs après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels.</p> <p>-Diminution de la QDV liée à la santé dans la composante physique chez les patients avec des symptômes dépressifs.</p>	<p>SF-12 Airways questionnaire 20</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Echelle Downs and Black: 10/10</p>	<p>G S</p>
--	--	---	---	--	---------------------------------------	---	----------------

<p>Depression and heart failure associated with clinical COPD questionnaire outcome in primary care COPD patients: a cross-sectional study. (39)</p> <p><b>Auteurs :</b> Urff M, van den Berg JW, Uil SM, Chavannes NH, Damoiseaux RA.</p> <p><b>Journal :</b> NPJ primary care respiratory medicine - Volume 24, Issue 0, pp. 14066 - published 2014-09-18.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 3,1</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale rétrospective</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier les facteurs qui sont associés avec la QDV liée à la santé chez les patients BPCO</p>	<p><b>Pays:</b> Pays bas</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> 2009 - 2011</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> données extraites des dossiers médicaux de plusieurs médecins généralistes</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patient avec un diagnostic de BPCO ou de maladie pulmonaire - ou ayant 2 traitements inhalés ou plus -VEMS/CVF &lt; 0,7 après traitement inhalé</p> <p>341 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> -Variation de la QDV liée à la santé spécifique en fonction de différents facteurs mesurés ( symptômes dépressifs, insuffisance cardiaque, score de gravité de la BPCO, sexe, IMC, statut fumeur ou non )</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-L'insuffisance cardiaque et la dépression expliquent 23% des variations du CCQ score.</p> <p>-En analyse en sous groupe, diminution de la QDV liée à la santé chez les patients insuffisants cardiaques ou ceux avec des symptômes dépressifs.</p>	<p>CCQ</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 8/10</p>	<p>S</p>
---	---	---	--	--	------------	--	----------

<p>Development and validation of a new health-related quality of life instrument for patients with sinusitis. (40)</p> <p><b>Auteurs :</b> Atlas SJ, Gallagher PM, Wu YA, Singer DE, Gliklich RE, Metson RB, Fowler FJ Jr.</p> <p><b>Journal :</b> Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation - Volume 14, Issue 5, pp. 1375-86 - published 2005-06-01</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,3</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle prospective</p> <p><b>Objectif:</b> Développer un nouvel instrument de mesure de la QDV liée à la santé chez les patients ayant une sinusite et évaluer la sensibilité de ce nouvel outil</p>	<p><b>Pays:</b> États-Unis</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> non précisées</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> centre ambulatoire de médecine générale, centre ambulatoire de soins primaires de médecine interne , 2 cabinets d'ORL pour les patients pré opératoires</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patient ayant une sinusite allergique ou une sinusite chronique ou une sinusite aiguë et des contrôles sains (critères particuliers pour chaque type de sinusite ) -Avoir plus de 18 ans -ne pas avoir d'antécédent de symptômes au niveau de la face non lié à la sinusite</p> <p>175 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Mesure de la validité convergente entre la SF12 et les mesures spécifiques de la QDV liée à la santé</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Corrélation entre la composante physique de la SF12 et le score d'impact des symptômes.</p> <p>-Corrélation entre la composante mentale de la SF 12 et l'impact des symptômes.</p> <p>-Très bonne capacité au changement de la nouvelle échelle dans le cadre de la sinusite aiguë après antibiothérapie.</p>	<p>SF 12 Rhinosinusitis quality of life survey (RhinoQol )</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 10/10</p>	<p>G S</p>
---	--	--	---	--	--	---	------------

<p>Dyspnoea and symptom burden in mild-moderate COPD: the Canadian Cohort Obstructive Lung Disease Study. (41)</p> <p><b>Auteurs :</b> Cherian M, Jensen D, Tan WC, Mursleen S, Goodall EC, Nadeau GA, Awan AM, Marciniuk DD, Walker BL, Aaron SD, O'Donnell DE, Chapman KR, Maltais F, Hernandez P, Sin DD, Benedetti A, Bourbeau J.</p> <p><b>Journal :</b> ERJ open research - Volume 7, Issue 2, pp. - published 2021-04-01.</p> <p><b>Impact factor :</b> 4,3</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle prospective de cohorte avec échantillonnage aléatoire</p> <p><b>Objectif:</b> Comparer la prévalence et la sévérité de la dyspnée dans une population de patient BPCO GOLD 1 et GOLD 2 comparée à une population contrôle sans BPCO</p> <p><b>Objectif secondaire:</b> Comparer la prévalence et la sévérité de la dyspnée et la dégradation de la QDV liée à la santé en fonction du sexe, du stade de la BPCO et l'histoire récente d'exacerbation.</p> <p><b>Méthode:</b> Données issues d'une cohorte obtenue par échantillonnage aléatoire de la population de neuf villes canadiennes.</p>	<p><b>Pays:</b> Canada</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> non précisées</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> en population générale</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Population avec et sans BPCO -Fumeur et ex fumeurs</p> <p>1443 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> -différence de prévalence et de sévérité entre le groupe contrôle et le groupe atteint de BPCO -différence dans les scores CAT et SGRQ ajustés sur différentes variables</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Diminution de la QDV liée à la santé chez les patients BPCO au stade léger et modéré comparé aux patients contrôles.</p> <p>-Moins bonne QDV liée à la santé chez les femmes ayant une BPCO par rapport aux hommes.</p> <p>-Moins bonne QDV liée à la santé chez les femmes ayant une BPCO légère par rapport aux hommes.</p> <p>-Les patients avec un diagnostic de BPCO avaient une moins bonne QDV liée à la santé que ceux dont le diagnostic de BPCO n'a pas été posé, notamment parmi les patients avec une BPCO légère.</p> <p>-Diminution de la QDV liée à la santé dans les scores CAT et SGRQ chez les patients ayant une BPCO légère n'ayant eu qu'une 1 exacerbation dans l'année précédente.</p> <p>-Diminution de la QDV liée à la santé mesurée par le score SGRQ chez les patients ayant eu 2 exacerbations ou plus dans les 12 derniers mois comparé à ceux qui n'en ont pas eu.</p> <p>-Pas de différence significative de QDV mesurée par le score CAT chez les patients ayant eu 2 exacerbations par rapport aux patients n'ayant pas eu d'exacerbations.</p>	<p>SGRQ CAT score</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p> <p>Echelle Downs and Black : 10/10</p>	<p>S</p>
--	---	---	---	--	---------------------------	---	----------

<p>Effectiveness of the Assessment of Burden of COPD (ABC) tool on health-related quality of life in patients with COPD: a cluster randomised controlled trial in primary and hospital care (42)</p> <p><b>Auteurs :</b> Slok AH, Kotz D, van Breukelen G, Chavannes NH, Rutten-van Mölken MP, Kerstjens HA,</p> <p><b>Journal :</b> BMJ open - Volume 6, Issue 7, pp. e011519 - published 2016-07-11.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 2,4</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude interventionnelle pragmatique contrôlée randomisée en grappe</p> <p><b>Objectif:</b> Evaluation de l'efficacité sur la QDV liée à la santé de l'outil ABC chez des patients BPCO par rapport à un groupe recevant des soins usuels pendant 18 mois</p> <p><b>Méthode:</b> Randomisation au niveau des professionnels de santé avec randomisation en bloc des centres de santé Randomisation avec stratification en fonction du niveau de soins ,Randomisation au niveau des équipes étudiant les données. Mesure de la QDV liée à la santé à l'inclusion, 6, 12 et 18 mois.</p>	<p><b>Pays:</b> Pays Bas</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Mars 2013 - Mai 2015</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 39 centres de soins primaires, 17 hôpitaux</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -BPCO confirmée -être âgé de plus de 40 ans 357 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> -Amélioration significative de la QDV liée à la santé mesurée par l'échelle SGRQ entre l'inclusion et la fin de l'étude 18 mois plus tard</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Amélioration significative de la QDV liée à la santé dans le groupe interventionnel à 18 mois comparé au groupe contrôle. Confirmation de ces résultats dans les analyses de sensibilité avec analyse de régression linéaire.</p> <p>Pour les analyses secondaires : -Pas d'amélioration de la QDV liée à la santé après 6 mois.</p> <p>-Amélioration de la QDV liée à la santé après 12 mois de suivi.</p> <p>-La QDV liée à la santé mesurée par le score CAT ne montrait pas de différence après 18 mois de suivi.</p>	<p>SGRQ CAT</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p> <p>Echelle Downs and Black : 21/27</p>	<p>S</p>
---	---	--	--	--	---------------------	---	----------

<p>Exercise in elderly patients with chronic heart failure in primary care: effects on physical capacity and health-related quality of life. (43)</p> <p><b>Auteurs :</b> Pihl E, Cider A, Strömberg A, Fridlund B, Mårtensson J.</p> <p><b>Journal :</b> European journal of cardiovascular nursing - Volume 10, Issue 3, pp. 150-8 - published 2011-09-01.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 2,9</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude interventionnelle prospective non randomisée contrôlée</p> <p><b>Objectif:</b> Déterminer les effets d'un programme d'activité physique sur les capacités physiques et la QDV liée à la santé dans une population de patients âgés ayant une insuffisance cardiaque chronique en soins primaires</p>	<p><b>Pays:</b> Suède</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> 2006-2009</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -Pour le groupe interventionnel: 4 centres de soins primaires -pour le groupe contrôle: recrutement des patients dans un autre Conté</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Insuffisance cardiaque chronique systolique -diagnostic établi en échographie trans thoracique montrant un déplacement de la surface atrioventriculaire &lt; 10 mm en rythme sinusal et &lt; 9 mm en cas de fibrillation atriale -NYHA II ou III</p> <p>59 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> -Variation des scores de QDV liée à la santé entre les groupes interventionnels et contrôle</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Nette amélioration de la QDV liée à la santé dans le groupe interventionnel pour les composantes de la santé générale et de la santé physique avec l'échelle SF 36, 3 mois après l'inclusion.</p> <p>-Amélioration de la QDV liée à la santé mesurée par MLWHFQ à 3 mois dans la composante physique.</p> <p>-Amélioration de la QDV liée à la santé mesurée par EQ 5D VAS, 3 et 12 mois après l'inclusion.</p>	<p>SF 36 EQ 5D Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ)</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 18/27</p>	<p>G S</p>
---	--	--	--	---	---	---	----------------

<p>Factors associated with change in health-related quality of life among individuals treated with long-term mechanical ventilation, a 6-year follow-up study. (44)</p> <p><b>Auteurs :</b> Markussen H, Lehmann S, Nilsen RM, Natvig GK.</p> <p><b>Journal :</b> Journal of advanced nursing - Volume 74, Issue 3, pp. 651-665 - published 2018-03-01.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 3,8</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle prospective de cohorte</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier l'influence des effets secondaires de la ventilation mécanique, du suivi des patients et de la satisfaction de l'éducation thérapeutique sur la QDV liée à la santé</p>	<p><b>Pays:</b> Norvège</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> suivi de 2008 à 2014</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -Patients inscrits sur le registre norvégien des patients bénéficiant d'une ventilation mécanique</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -18 ans ou plus -Patients traités par une ventilation mécanique invasive ou non invasive depuis au moins 3 mois</p> <p>127 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> -Variation du score de QDV liée à la santé mesuré par l'échelle SRI en fonction de différentes variables</p>	<p><b>Résultats Principaux concernant la QDV :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sur la période de suivi de 2008 à 2014, amélioration de la QDV liée à la santé dans tous les domaines de l'échelle SRI surtout dans le domaine des relations sociales.</li> <li>-Amélioration de la QDV liée à la santé dans tous les sous groupes sauf les patients ayant une BPCO chez qui on note une diminution de la QDV liée à la santé.</li> <li>-Les effets secondaires de la ventilation non invasive étaient associés au score SRI total et aux capacités physiques mesurées par l'échelle SRI.</li> <li>-Amélioration de la composante psychologique et de bien être de l'échelle SRI lorsque la satisfaction des patients concernant l'éducation thérapeutique à la ventilation mécanique était plus importante.</li> <li>-Amélioration de l'anxiété mesurée par le score SRI avec la satisfaction des soins prodigués par les professionnels de santé dans les services spécialisés.</li> <li>-Diminution de la composante physique du score SRI chez les patients plus âgés.</li> <li>-Amélioration de la QDV liée à la santé dans la composante sociale du score SRI en cas de capacité vitale forcée plus importante.</li> </ul>	<p>SRI Questionnaire</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p> <p>Echelle Downs and Black : 9/10</p>	<p>S</p>
--	---	---	---	---	--------------------------	--	----------

<p>Factors associated with change in health-related quality of life in people with gout: a 3-year prospective cohort study in primary care (45)</p> <p><b>Auteurs :</b> Watson L, Belcher J, Nicholls E, Chandratne P, Blagojevic-Bucknall M, Hider S, Lawton SA, Mallen CD, Muller S, Rome K, Roddy E.</p> <p><b>Journal :</b> Rheumatology (Oxford, England) - Volume 62, Issue 8, pp. 2748-2756 - published 2023-08-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 4,7</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle prospective de cohorte</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier les comorbidités et les facteurs sociodémographiques qui sont associés à une variation des scores de QDV liée à la santé sur une durée de suivi de 3 ans</p>	<p><b>Pays:</b> Royaume Uni</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Octobre - Novembre 2012</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 20 cabinets de médecine générale</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -18 ans ou plus -Ayant consulté pour une crise de goutte ou ayant bénéficié d'une prescription de colchicine ou d'allopurinol dans les 2 ans précédent</p> <p>1184 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> -Variation des scores de QDV liée à la santé après une durée de suivi de 3 ans</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Très légère amélioration de la qualité de vie liée à la santé à 36 mois.</li> <li>-Diminution de la QDV liée à la santé si : nombre de crise de goutte &gt; 5, une crise en cours au moment des mesures, crise avec atteinte polyarticulaire.</li> <li>-La prise d'allopurinol entraînait une diminution de la qualité de vie dans la dimension du fonctionnement physique de la SF 36 et une augmentation de la QDV liée à la santé mesurée par l'échelle GIS dans le domaine de l'insatisfaction liée à la prise des traitements.</li> <li>-Plus le nombre de crises était important, plus la QDV liée à la santé était basse.</li> <li>-Meilleure QDV liée à la santé mesurée par le GIS si diagnostic ancien, dans 2 dimensions du GIS si plus haut niveau éducation.</li> <li>- Meilleure QDV chez les personnes vivant dans des zones favorisées et chez les personnes consommant de l'alcool pour les échelles génériques.</li> <li>-Diminution de la QDV liée à la santé avec certaines comorbidités notamment en cas d'insuffisance rénale stade 3 ou plus, de dépression ou de symptômes anxieux, avec l'augmentation du nombre de ces comorbidités, chez les femmes, chez les patients avec IMC élevé.</li> <li>-Pour les patients âgés, diminution de la QDV liée à la santé dans le domaine des capacités fonctionnelles (SF 36) mais amélioration de la QDV liée à la santé mesurée par le score GIS effets secondaires des traitement, le souci global lié à la goutte, le bien être pendant une crise.</li> </ul>	<p>SF 36 Gout impact Scale (GIS)</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p> <p>Echelle Downs and Black : 9/10</p>	<p>G S</p>
---	--	---	---	--	--	--	----------------

<p>Factors associated with changes in quality of life of COPD patients: a prospective study in primary care. (46)</p> <p><b>Auteurs :</b> Monteagudo M, Rodríguez-Blanco T, Llagostera M, Valero C, Bayona X, Ferrer M, Miravittles M.</p> <p><b>Journal :</b> Respiratory medicine - Volume 107, Issue 10, pp. 1589-97 - published 2013-10-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,5</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle prospective multicentrique</p> <p><b>Objectif principal:</b> Étude des changements dans la QDV liée à la santé de patients BPCO après un an de suivi et décrire les facteurs qui améliorent et détériorent la QDV liée à la santé chez ces patients</p> <p><b>Méthode:</b> Mesure de la QDV liée à la santé à l'inclusion et après 1 an de suivi.</p>	<p><b>Pays:</b> Espagne</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> non précisées</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 21 centres de soins primaires</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients de plus de 40 ans -Diagnostiqué d'une BPCO -Ayant consulté dans le centre de santé dans l'année précédent l'inclusion</p> <p>791 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Variation de score de QDV liée à la santé entre les 2 mesures</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Amélioration significative du score de QDV liée à la santé spécifique après un an de suivi sans que cette différence soit cliniquement significative.</li> <li>-Chez les patients dont la QDV liée à la santé s'est améliorée, on note une augmentation de la proportion de patients prenant plusieurs traitements et de ceux qui ont consulté un pneumologue et une augmentation de la proportion de patients ayant reçu le vaccin contre la grippe.</li> <li>-Chez les patients dont la QDV liée à la santé s'est dégradée, on note une aggravation des symptômes, une majoration du nombre d'hospitalisations et une majoration des séances de rééducation respiratoire.</li> <li>-Dans les 2 groupes, sur la période de suivi on note une diminution des consultations médicales, un régime alimentaire plus équilibré et une augmentation du nombre d'exacerbations.</li> <li>-Une augmentation de la sévérité des symptômes et du nombre d'admission à l'hôpital étaient associés de façon significative et indépendante avec un risque de dégradation de la QDV liée à la santé.</li> </ul>	<p>SGRQ</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 8/10</p>	<p>S</p>
--	--	--	--	---	-------------	--	----------

<p>Factors associated with generic health-related quality of life (QDV liée à la santé) in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a cross-sectional study. (47)</p> <p><b>Auteurs :</b> Brandl M, Böhmer MM, Brandstetter S, Finger T, Fischer W, Pfeifer M, Apfelbacher C.</p> <p><b>Journal :</b> Journal of thoracic disease - Volume 10, Issue 2, pp. 766-775 - published 2018-02-01.</p> <p><b>Impact factor :</b> 2,1</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier les paramètres liés à la qualité de vie liée à la santé chez les patients ayant une BPCO en Allemagne suivis en soins primaires et secondaires</p> <p><b>Méthode:</b> Données issues des données d'inclusion d'une étude de cohorte prospective</p>	<p><b>Pays:</b> Allemagne</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Juin 2013 - Décembre 2014</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> cabinet de soins primaires, cabinets de spécialistes, soins ambulatoires / service d'hospitalisation d'un hôpital</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients de plus de 18 ans -diagnostic de BPCO certain -Diagnostiqué depuis plus de 3 mois -Absence de pathologie psychiatrique ou neurologique aiguë</p> <p>206 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> QDV liée à la santé mesurée par la SF 12 et le score CAT chez des patients ayant une BPCO</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Diminution de la QDV liée à la santé chez les patients BPCO comparé à la population Allemande.</p> <p>-Le score CAT, le nombre d'exacerbation dans l'année, le nombre total de médicaments prescrits, les symptômes de dépression ou d'anxiété étaient corrélés négativement avec les 2 scores de la SF12.</p> <p>-Avoir participé à un programme de rééducation ou avoir eu des effets indésirables des traitements était associé à une score de qualité de vie plus bas dans la composante physique.</p> <p>-Le Physical component scale (PCS 12) montrait une association négative avec le CAT score et positive avec une plus grande capacité respiratoire. Un plus grand nombre de traitements était associé négativement avec le score de PCS.</p> <p>-Les paramètres du CAT score, du nombre de traitements et la capacité respiratoire étaient responsables de 57 % de la variance du modèle concernant la composante physique de la SF12.</p> <p>-54% de la variance du modèle concernant la composante mentale de la SF12 était expliqué par le CAT score ( corrélation négative) et par les symptômes rapportés de dépression / anxiété.</p>	<p>SF 12 CAT</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 9/10</p>	<p>G S</p>
--	---	---	--	--	----------------------	--	----------------

<p>Factors determining the quality of life of patients with COPD in primary care (48)</p> <p><b>Auteurs :</b> Marc Miravittles, Jesús Molina, Karlos Naberan, Josep Maria Cots, Fernando Ros and Carles Llor</p> <p><b>Journal :</b> Therapeutic advances in respiratory disease - Volume 1, Issue 2, pp. 85-92 - published 2007-12-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,3</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale de cohorte multicentrique</p> <p><b>Objectif de l'étude de cohorte:</b> Évaluer les conséquences des exacerbations de BPCO sur la QDV liée à la santé spécifique sur une période de suivi de 2 ans</p> <p><b>Objectif de l'étude présenté dans cet article:</b> Étudier les caractéristiques des patients de la cohorte, leur qualité de vie liée à la santé et les facteurs liés.</p>	<p><b>Pays:</b> Espagne</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Novembre 2002 - Juillet 2003</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> centres de soins primaires</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b>          -Patients de plus de 40 ans          -Fumeur ou ancien fumeur ayant fumé au moins 10 paquet année          -avec un diagnostic de BPCO stable (c'est à dire sans exacerbation dans les 6 semaines précédent l'inclusion)</p> <p>222 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> établir les caractéristiques des patients ayant une BPCO, leur QDV liée à la santé spécifique et les facteurs liés à la QDV liée à la santé dans une cohorte en soins primaires</p>	<p><b>Résultats Principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Après mesure de la QDV liée à la santé, répartition des patients en 2 sous groupes en fonction de leur QDV liée à la santé mesurée.</p> <p>-Dans le groupe avec une QDV liée à la santé plus faible, on peut noter que les patients ayant une BPCO depuis plus longtemps, avaient une dyspnée plus sévère, une capacité respiratoire plus faible et un plus grand nombre d'exacerbations.</p> <p>-Différentes variables étaient associées à une moindre qualité de vie : la présence d'une toux, la sévérité de la dyspnée et la prise de corticoïdes inhalés.</p>	<p>SGRQ</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 9/10</p>	<p>S</p>
--	--	--	--	--	-------------	--	----------

<p>Functional bowel disorders in primary care: factors associated with health-related quality of life and doctor consultation (49)</p> <p><b>Auteurs :</b> Lee V, Guthrie E, Robinson A, Kennedy A, Tomenson B, Rogers A, Thompson D.</p> <p><b>Journal :</b> Journal of psychosomatic research - Volume 64, Issue 2, pp. 129-38 - published 2008-02-01.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 3,5</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Déterminer l'impact de la sévérité des symptômes digestifs et psychologiques sur la QDV liée à la santé et sur la fréquence de consultation du médecin traitant dans une population atteinte du syndrome de l'intestin irritable.</p>	<p><b>Pays:</b> Royaume Uni</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> non précisées</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 54 cabinets de médecine générale</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patient de plus de 18 ans -Ayant des symptômes digestifs d'allure fonctionnelle avec un diagnostic de syndrome de l'intestin irritable posé par un médecin généraliste ou un spécialiste -Ayant consulté son médecin traitant dans l'année précédente</p> <p>420 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Variation de la QDV liée à la santé générique et spécifique</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-QDV liée à la santé spécifique et générique moindre chez les patients répondant aux critères Rome II.</p> <p>-Les analyses de régression logistiques multivariées ont montré que l'âge, le General health questionnaire (GHQ) score, la sévérité du syndrome de l'intestin irritable, les douleurs abdominales, le fait de travailler et le degré d'éducation avaient un impact significatif sur le modèle final.</p> <p>-Association entre GHQ score et l'Eysenck personality questionnaire (EPQ) neuroticism score (score qui mesure la probabilité que les patients s'inquiètent de leur vie ) et la composante mentale de l'échelle SF 36.</p> <p>-Association significative et indépendante du score total IBS QOL avec le score GHQ total, la durée des symptômes, le ballonnement abdominal, la sévérité de la diarrhée, le score EPQ, la présence de douleurs abdominales pendant plus de 12 semaines, selles dures ou grumeleuses, la présence de mucus et la présence d'urgence à l'exonération.</p> <p>-Les symptômes psychiques ont un impact sur la composante physique de la QDV liée à la santé .</p>	<p>SF 36 IBSQOL</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 10/10</p>	<p>G S</p>
---	---	--	--	---	-------------------------	---	----------------

<p>Health-Related Quality of Life Improvements in Systemic Lupus Erythematosus Derived from a Digital Therapeutic Plus Tele-Health Coaching Intervention: Randomized Controlled Pilot Trial. (50)</p> <p><b>Auteurs :</b> Khan F, Granville N, Malkani R, Chathampally Y.</p> <p><b>Journal :</b> Journal of medical Internet research - Volume 22, Issue 10, pp. e23868 - published 2020-10-20.</p> <p><b>Impact factor :</b> 5,8</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude interventionnelle pilote contrôlée et randomisée</p> <p><b>Objectif:</b> Déterminer si un programme numérique ajouté aux soins usuels améliore la QDV liée à la santé de patients ayant un lupus systémique</p> <p><b>Méthode:</b> 2 groupes randomisés de patients : un groupe formé à l'utilisation d'une application de recueil des symptômes et des activités des patients ainsi que des séances d'éducation thérapeutiques un groupe contrôle recevant les soins habituels</p>	<p><b>Pays:</b> États-Unis</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Décembre 2017 - Mai 2018</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> Recrutement via des forums en ligne</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -avoir plus de 18 ans -avoir un smartphone -répondre positivement à au moins une question au score sur la douleur et la fatigue -prendre une dose stable depuis au moins 3 mois d'un de ces traitements: immunosuppresseur / immunomodulateur, immunoglobuline, corticothérapie</p> <p>50 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> mesure des changements entre l'inclusion et 16 semaines plus tard dans 11 dimensions reflétant la qualité de vie liée à la santé</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Dans le groupe interventionnel, il a été noté une amélioration de la QDV liée à la santé mesurée par l'échelle LupusQOL dans les domaines de la responsabilité à l'égard des autres et la fatigue.</p> <p>-Dans le groupe contrôle, ce sont les domaines de la responsabilité à l'égard des autres, de la fatigue et le domaine de l'image de soi qui ont été améliorés après 16 semaines de suivi.</p> <p>-Dans l'analyse per protocol après ajustement pour les comparaisons multiples, on note dans le groupe interventionnel l'amélioration dans les domaines de la fatigue, de la santé physique, la planification, la responsabilité à l'égard des autres, l'état émotionnel et l'image de soi. L'amélioration était significative uniquement pour la composante de la fatigue.</p> <p>-En comparant les deux groupes, une amélioration significative a été obtenue dans le groupe interventionnel pour 6 domaines de l'échelle de QDV liée à la santé.</p>	<p>Lupus QOL</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p> <p>Echelle Downs and Black : 22/27</p>	<p>S</p>
--	---	---	---	---	------------------	---	----------

<p>Health-related quality of life in asthma patients - A comparison of two cohorts from 2005 and 2015. (51)</p> <p><b>Auteurs :</b> Sundh J, Wireklint P, Hasselgren M, Montgomery S, Stållberg B, Lisspers K, Janson C.</p> <p><b>Journal :</b> Respiratory medicine - Volume 132, Issue 0, pp. 154-160 - published 2017-11-01.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 3,5</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Résultats et comparaison de 2 études observationnelles transversales de cohorte</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier si la qualité de vie liée à la santé spécifique mesurée par l'échelle mini AQLQ a changé entre 2005 et 2005 et étudier les facteurs associés à la qualité de vie liée à la santé en 2015</p> <p><b>Méthode:</b> Comparaison de 2 études de cohorte</p>	<p><b>Pays:</b> Suède</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> en 2005 inclusion des patients sur dossiers médicaux entre 2000 et 2003</p> <p><b>Lieux d'inclusion :</b> En 2005 : 14 hôpitaux et 56 centres de soins primaires (54 parmi les 56 en 2015 )</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Avoir un diagnostic d'asthme</p> <p>1034 patients inclus en 2005 1126 patients inclus en 2015</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> QDV liée à la santé établie par l'échelle spécifique mini AQLQ chez les adultes asthmatiques</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Score bas de QDV liée à la santé plus fréquent, chez les patients plus âgés, ceux avec un niveau d'éducation plus faible, chez les patients en surpoids ou obèse, ayant des antécédents d'exacerbations, ayant une maladie considérée comme modérée ou sévère, ou un asthme non contrôlé selon l'échelle GINA.</p> <p>-Dans la cohorte de 2015, les patients avec un asthme contrôlé étaient plus nombreux à avoir une meilleure qualité de vie.</p> <p>-En comparant les cohortes de 2005 et 2015 : -Pas de différences significative sur le score de la mini AQLQ total ou dans les scores des différents domaines. -Moins bonne QDV liée à la santé chez les patients en surpoids ou obèse, ayant eu une exacerbation au cours de 6 derniers mois, présence d'une cardiopathie ou d'anxiété / dépression et ceux évaluant la sévérité de leur asthme comme modérée ou sévère. -En 2015, moins bonne QDV liée à la santé chez les femmes. Meilleure QDV liée à la santé chez les patients au niveau d'éducation élevé ou ayant une meilleure gestion de leur asthme.</p>	<p>mini AQLQ</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p> <p>Echelle Downs and Black : 10/10</p>	<p>S</p>
---	--	---	---	--	------------------	---	----------

<p>Health-related quality of life in gout in primary care: Baseline findings from a cohort study. (52)</p> <p><b>Auteurs :</b> Chandratre P, Mallen C, Richardson J, Muller S, Hider S, Rome K, Blagojevic-Bucknall M, Roddy E.</p> <p><b>Journal :</b> Seminars in arthritis and rheumatism - Volume 48, Issue 1, pp. 61-69 - published 2018-08-01.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 4,6</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale nichée au sein d'une cohorte d'une étude prospective sur la QDV liée à la santé chez les patients ayant de la goutte</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier le lien entre la goutte, les comorbidités, les caractéristiques sociodémographiques et la QDV liée à la santé mesurée par des échelles de mesure spécifiques et génériques en soins primaires</p>	<p><b>Pays:</b> Royaume Uni</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Non précisées</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 20 cabinets de soins primaires</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Adulte de plus de 18 ans -avec un diagnostic de goutte ou une prescription de colchicine ou allopurinol dans les 2 années précédentes.</p> <p>1079 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> QDV liée à la santé mesurée par échelle générique et spécifique</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-QDV liée à la santé plus basse chez les patients en crise, avec des atteintes polyarticulaires et avec une plus grande fréquence des crises dans les 12 derniers mois. Résultats identiques après ajustement sur les comorbidités et les caractéristiques sociodémographiques.</p> <p>-Après ajustement sur les covariables, association entre plusieurs comorbidités (diabète, AVC, insuffisance rénale, infarctus du myocarde, angor, douleurs physiques, anxiété, dépression ) et une QDV liée à la santé plus basse.</p> <p>-Un âge plus élevé était associé à une QDV liée à la santé moins bonne mesurée par PF 10 et meilleure QDV liée à la santé mesurée par GIS. Par ailleurs plusieurs variables étaient associées de façon indépendantes à une moins bonne qualité de vie liée à la santé : sexe féminin, isolement social, origine non caucasienne, obésité sévère, l'absence de participation à un programme d'éducation thérapeutique, absence de consommation d'alcool ou consommation rare et le fait de vivre seul.</p>	<p>SF 36 - PF10 GIS</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 9/10</p>	<p>G S</p>
---	--	--	--	--	-------------------------	--	------------

<p>Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: psychosocial, clinical, socioeconomic, and demographic predictors (53)</p> <p><b>Auteurs :</b> Moradkhani, Anilga, Beckman, Linda J, Tabibian, James H.</p> <p><b>Journal :</b> Journal of Crohn's and Colitis - Volume 7, Issue 6, pp. 467-473 - published 2013-01-01.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 8,3</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier le lien entre les facteurs psychosociaux et la QDV liée à la santé chez des patients ayant une maladie inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI )</p>	<p><b>Pays:</b> Etat Unis</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Octobre - Décembre 2010</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> Recrutement via des groupes de patients sur facebook</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Avoir plus de 18 ans -Patients déclarants un diagnostic de MICI -Vivre aux Etats Unis</p> <p>134 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> QDV liée à la santé évaluée par IBDQ en fonction des paramètres psychosociaux</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-En analyse univariée, les patients avec un niveau de stress perçu plus haut, un soutien perçu plus faible, un plus grand nombre d'hospitalisations passées, un plus grand nombre de crise, des revenus plus faibles, les patients au chômage ou les femmes avaient une moins bonne QDV liée à la santé mesurée par l'échelle IBDQ.</p> <p>-Lors de l'inclusion dans le modèle de regression logistique multivariée, les variables associées de façon plus importante avec la QDV liée à la santé étaient : un plus haut stress perçu, un plus grand nombre de crises passées, le sexe féminin et un soutien social perçu comme plus faible.</p>	<p>IBDQ</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 8/10</p>	<p>S</p>
---	--	--	--	---	-------------	--	----------

<p>Health-related quality of life in patients by COPD severity within primary care in Europe. (54)</p> <p><b>Auteurs :</b> Jones PW, Brusselle G, Dal Negro RW, Ferrer M, Kardos P, Levy ML, Perez T, Soler-Cataluña JJ, van der Molen T, Adamek L, Banik N.</p> <p><b>Journal :</b> Respiratory medicine - Volume 105, Issue 1, pp. 57-66 - published 2011-01-01.</p> <p><b>Impact Factor:</b> 3,5</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Mesure la QDV liée à la santé chez les patients BPCO de 7 pays Européens par des échelles spécifiques et génériques</p>	<p><b>Pays:</b> Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays Bas Espagne, Royaume Uni</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> non précisées</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 352 cabinets en soins primaires</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Avoir entre 40 et 80 ans -Diagnostic de BPCO depuis au moins 6 mois -VEMS/CVF &lt; 70% -Patients fumeurs ou anciens fumeurs avec un antécédent de tabagisme à au moins 10 paquet-année</p> <p>1817 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> QDV liée à la santé mesurée par échelle générique et spécifique</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Diminution de la QDV liée à la santé quel que soit le niveau de sévérité de la maladie et l'échelle utilisée.</p> <p>-Les patients avec une maladie stable avaient une meilleure qualité de vie liée à la santé et moins de fatigue que les patients avec des exacerbations.</p> <p>-La présence de 3 comorbidités ou plus était associée à une moins bonne qualité de vie liée à la santé.</p> <p>-Variations entre les pays des scores de QDV liée à la santé. Variations due à des différences dans les échantillons de patients et non à des facteurs différents.</p>	<p>SGRQ SF 12</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 9/10</p>	<p>G S</p>
---	---	--	--	---	-------------------	--	------------

<p>Health-related quality of life of patients diagnosed with COPD in Extremadura, Spain: results from an observational study (55)</p> <p><b>Auteurs :</b> María Merino, Renata Villoro, Álvaro Hidalgo-Vega, Concepción Carmona, and Collaborative Working Group EPOC-Extremadura</p> <p><b>Journal :</b> BMC - Health and quality of life outcomes - Volume 17, Issue 1, pp. 189 - published 2019-12-30.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,2</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> -Primaire : décrire la QDV liée à la santé chez les patients BPCO -Secondaire : explorer la relation entre la QDV liée à la santé et certaines caractéristiques cliniques ou sociodémographiques</p> <p><b>Méthode:</b> Base de données d'une étude plus large sur le fardeau économique de la BPCO en Extremadura. Analyse par régression multiple.</p>	<p><b>Pays:</b> Espagne.</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> analyse de la base de données en avril 2015. Travail sur le terrain: 10 juillet au 11 novembre 2015.</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 18 basic Health areas</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patient ≥ 18 ans, -Diagnostiqués d'une BPCO ≥ 12 mois, 386 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par l'EQ-ED-5L et le St. George's Respiratory Questionnaire-COPD (SGRQ-C).</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Pour le score EQ-ED-5L, les domaines les plus affectés étaient la mobilité, la douleur/inconfort. Le domaine de l'activité quotidienne était celui avec la plus grande proportion de patients rapportant des problèmes graves ou très graves.</p> <p>-L'utilité index de l'EQ-5D-5L était fortement associé au score SGRQ-C global.</p> <p>-Après analyse par régression multiple, les deux scores de QDV liée à la santé étaient significativement plus bas chez les patients ayant présenté un plus grand nombre d'exacerbations sur la dernière année, présentant une BPCO sévère, de genre féminin, ou ayant un niveau d'éducation faible.</p> <p>-L'âge du patient et le nombre de comorbidités n'étaient pas associés de manière significative aux scores de QDV liée à la santé.</p>	<p>EQ-5D-5L SGRQ-C</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Echelle de Downs and Black : 10/10</p>	<p>G S</p>
--	--	--	--	--	----------------------------	---	----------------

<p>Hypertension-related distress and its associated factors: findings from an urban primary health center of South Delhi, India (56)</p> <p><b>Auteurs :</b> Anam A. Alwani, Udit Singh, Sujata Sankhyani, Ankit Chandra, Sanjay K. Rai, and Baridalyne Nongkynrih</p> <p><b>Journal :</b> Journal of family medicine and primary care - Volume 12, Issue 9, pp. 1885-1892 - published 2023-09-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 1,1</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> -Évaluer la prévalence de la détresse liée à l'hypertension artérielle chez des patients adultes consultant dans un centre de soins primaires. -Déterminer les facteurs associés à cette détresse.</p> <p><b>Méthode:</b> Les participants inclus ont répondu à un questionnaire (incluant le DSDH 17 M, CDC QOL-14 "Healthy Days Measure").</p>	<p><b>Pays:</b> Inde</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Mars - Avril 2022.</p> <p><b>Lieux d'inclusion :</b> centre de soins primaires (service ambulatoire d'un centre de santé),</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Adultes âgés &gt; 18 ans, -Diagnostiqués depuis plus de 3 mois d'une hypertension artérielle,</p> <p>141 participants</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par le DSDH17 M, CDC QOL-14 "Healthy Days Measure"</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-La prévalence d'une détresse liée à l'hypertension artérielle était de 14% parmi les adultes inclus.</p> <p>-Le domaine de détresse le plus prévalent était celui lié au régime et à l'impact émotionnel.</p> <p>-Les patients avec un mauvais contrôle de la pression artérielle avaient un risque 6 fois plus important d'avoir une détresse liée à l'hypertension.</p> <p>-Il a été observé une QDV liée à la santé significativement plus basse chez les patients ayant une détresse liée à l'hypertension par rapport à ceux qui n'en présentaient pas.</p>	<p>DSDH17 M</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Echelle de Downs and Black : 9/10</p>	<p>G S</p>
---	--	---	--	---	-----------------	--	------------

<p>Influence of Compliance to Diet and Self-Efficacy Expectation on Quality of Life in Patients with Celiac Disease in Spain (57)</p> <p><b>Auteurs :</b> Ricardo Fueyo-Díaz, Miguel Montoro, Rosa Magallón-Botaya, Santiago Gascón-Santos, Ángela Asensio-Martínez, Guillermo Palacios-Navarro, and Juan J. Sebastián-Domínguez.</p> <p><b>Journal :</b> Nutrients. 2020 Sep; 12(9): 2672. Published online 2020 Sep 2.</p> <p><b>Impact factor:</b> 4,8</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier la QDV liée à la santé chez le patient ayant une maladie coeliaque et en analyser ses principaux déterminants.</p> <p><b>Méthode:</b> Analyse par régression linéaire pour prise en compte de certaines variables liées au patient ou à la maladie.</p>	<p><b>Pays:</b> Espagne.</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Septembre - Novembre 2019.</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> internet via une association de patients régionale.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Adultes ≥ 18 ans, , -Diagnostic médical de maladie coeliaque, suivants un régime sans gluten strict.</p> <p>738 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par la version espagnole du CD-QOL et par le SF-12.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-38,8% des participants avaient une QDV liée à la santé basse.</p> <p>-QDV liée à la santé est meilleure lorsque les attentes d'auto-efficacité sont hautes, lorsque l'adhérence au régime sans gluten est bonne, lorsqu'il existe une faible perception des risques liés à la maladie, lorsque le patient a une grande expérience de la maladie et du régime sans gluten.</p> <p>-Les participants de plus de 50 ans ont une meilleure QDV liée à la santé.</p>	<p>CD-QOL SF-12.</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4 grade C</p> <p>Echelle Downs and Black : 10/10</p>	<p>G S</p>
---	---	---	---	--	----------------------	--	------------

<p>Investigating the Added Value of the EQ-5D-5L With Two Bolt-On Items in Patients With Hemophilia. (58)</p> <p><b>Auteurs :</b> Xu RH, Dong D, Luo N, Yang R, Liu J, Zhang S.</p> <p><b>Journal :</b> Frontiers in medicine - Volume 8, Issue 0, pp. 707998 - published 2021-01-01</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,1</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier l'impact d'ajouter deux items à un questionnaire de QDV et évaluer leur propriétés psychométriques chez les patients ayant une hémophilie.</p> <p><b>Méthode:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par l'EQ-5D-5L avec l'ajout de deux items spécifiques: la dignité et le saignement. Analyse par régression multiple.</p>	<p><b>Pays:</b> Chine.</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Août - Décembre 2019.</p> <p><b>Lieux d'inclusion :</b> -Via le réseau interne d'une organisation de patients ayant de l'hémophilie.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients âgés ≥18 ans, -Absence de troubles cognitifs</p> <p>895 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par l'EQ-5D-5L, l'Haem-A-QoL et le SF-12.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-La dignité et le saignement étaient significativement corrélés au score Haem-A-QoL global et à la composante physique et mentale du score SF-12.</p> <p>-L'item dignité était significativement associé à la composante psychologique de la QDV liée à la santé, tandis que l'item saignement était significativement associé à la composante physique de la QDV liée à la santé.</p> <p>-L'EQ-5D-5L avec l'ajout de 2 items a montré de bonnes propriétés psychométriques.</p> <p>-En analyse par régression multiple, il a été montré que l'ajout de ces 2 items augmente significativement la capacité à prédire le score EQ-VAS.</p> <p>-Les 2 items spécifiques améliorent la sensibilité, et le pouvoir exploratoire de l'EQ-5D-5L.</p>	<p>EQ-5D-5L Haem-A-QoL SF 12 EQ-5D-5L et 2 items additionnels (échelle non validée)</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Echelle de Downs and Black : 9/10</p>	<p>G S</p>
---	---	---	---	---	---	--	------------

<p>Investigating the association between medication adherence and health-related quality of life in COPD: Methodological challenges when using a proxy measure of adherence. (59)</p> <p><b>Auteurs :</b> Boland MR, van Boven JF, Kruis AL, Chavannes NH, van der Molen T, Goossens LM, Rutten-van Mölken MP.</p> <p><b>Journal :</b> Respiratory medicine - Volume 110, Issue 0, pp. 34-45 - published 2016-01-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,5</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle prospective</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier l'association entre l'observance médicamenteuse et la QDV liée à la santé.</p> <p><b>Méthode:</b> Utilisation de données d'une étude randomisée contrôlée incluant les données sur le type et les posologies des traitements de fond de la BPCO ainsi que celles concernant la QDV liée à la santé (CCQ, SGRQ, EQ-5D). Mesures à 12 mois et à 24 mois.</p>	<p><b>Pays:</b> Pays-Bas.</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> 2010 - 2011</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 23 cabinets de médecine générale</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Diagnostic de BPCO par un médecin. -&gt; 2 prescriptions de traitements de fond de BPCO dans l'année.  511 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluer l'association entre l'observance médicamenteuse et la QDV liée à la santé.</p> <p><b>Critère de jugement secondaire :</b> évaluation de l'association de l'observance médicamenteuse et la QDV liée à la santé ajustée sur la sévérité de la maladie, le mode de vie. Causalité inversée.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Sans ajustement, le groupe observant avait un score SGRQ significativement moins bon que le groupe non observant.</p> <p>-Cette association n'existe plus après ajustement sur la sévérité de la maladie et le mode de vie.</p> <p>-Pas d'amélioration de la QDV liée à la santé chez les patients plus observants.</p>	<p>CCQ SGRQ EQ-5D</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Echelle de Downs and Black : 9/10</p>	<p>G S</p>
---	---	---	--	--	-------------------------------	--	----------------

<p>Measuring health-related quality of life in chronic headache: A comparative evaluation of the Chronic Headache Quality of Life Questionnaire and Headache Impact Test (HIT-6). (60)</p> <p><b>Auteurs :</b> Haywood KL, Achana F, Nichols V, Pearce G, Box B, Muldoon L, Patel S, Griffiths F, Stewart K</p> <p><b>Journal :</b> Cephalalgia : an international journal of headache - Volume 41, Issue 10, pp. 1100-1123 - published 2021-09-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 5,0</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle prospective.</p> <p><b>Objectif:</b> Comparer la qualité et l'acceptabilité d'une nouvelle échelle, la Chronic Headache Quality of Life Questionnaire (CHQLQ) et de l'échelle Headache Impact Test (HIT-6) chez les patients présentant des céphalées chroniques.</p> <p><b>Méthode:</b> Les patients ont complété la CHQLQ et l'HIT-6 à trois reprises sur 12 semaines. Étude de la qualité des données, de l'acceptabilité, de la fiabilité, de la validité, de la réactivité aux changements, et du score interprétation. Complété par des entretiens qualitatifs semi-dirigés.</p>	<p><b>Pays:</b> Royaume Uni</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Janvier 2016 - Avril 2017</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> Cabinet de médecine générale,</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients vivant avec des céphalées chroniques (migraines, céphalées de tension, par mésusage médicamenteux). 131 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Comparaison des variables de l'acceptabilité, de la fiabilité, de la validité, de la réactivité aux changements, et du score interprétation pour chacune des échelles.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Les deux échelles ont une bonne validité, sont consistantes de manière interne, stables dans le temps, et réactives aux changements.</p> <p>-L'échelle CHQLQ est plus pertinente pour les patients ayant des céphalées chroniques avec l'ajout de l'item concernant l'impact émotionnel, symptomatique et social.</p> <p>-Cette étude appuie l'utilisation de l'échelle CHQLQ pour sa qualité, sa pertinence, et son acceptabilité.</p>	<p>CHQLQ HIT-6</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B.</p> <p>Echelle de Downs and Black 8/10</p>	<p>S</p>
--	---	--	---	--	------------------------	--	----------

<p>Measuring patient and clinician perspectives to evaluate change in health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. (61)</p> <p><b>Auteurs :</b> Wyrwich KW, Metz SM, Kroenke K, Tierney WM, Babu AN, Wolinsky FD.</p> <p><b>Journal :</b> Journal of general internal medicine - Volume 22, Issue 2, pp. 161-70 - published 2007-02-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 4,3</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale.</p> <p><b>Objectif:</b> Méthode triangulaire pour identifier la différence minimale cliniquement importante pour la quantité de changement de QDV liée à la santé chez les patients ayant une BPCO.</p> <p><b>Méthode:</b> 3 perspectives : panel de médecins habitués à mesurer la QDV liée à la santé chez le patient BPCO, patients ayant une BPCO consultant en soins primaires et les médecins généralistes de ces patients. Les patients complètent le question de QDV à l'inclusion, et lors de suivis bi-mensuels sur une durée de 12 mois.</p>	<p><b>Pays:</b> États-Unis.</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Août 2000 - Novembre 2001.</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -2 cliniques de soins primaires</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Âge ≥ 50 ans et, -diagnostic de BPCO, de maladie respiratoire obstructive, d'emphysème, ou de bronchite chronique. -Ou, une liste de médicaments contenant &gt; 1 prescription pour un bronchodilatateur oral ou inhalé.</p> <p>9 médecins généralistes experts du traitement de la BPCO et de l'évaluation de la QDV</p> <p>43 médecins généralistes et 610 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Mesure de la QDV liée à la santé par le questionnaire spécifique Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ), le SF-36.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Le panel d'experts a déterminé que le seuil pour une différence minimale cliniquement importante était de deux state changes pour toutes les dimensions du score CRQ et au moins 1 state change pour chaque échelle du SF-36.</p> <p>-Le score CRQ était capable de détecter des petits changements.</p> <p>-La différence minimale cliniquement importante était plus élevée chez les médecins généralistes experts et les médecins généralistes des patients inclus.</p>	<p>CRQ SF-36</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Echelle de Downs and Black : 8/10</p>	<p>G S</p>
---	--	---	--	--	------------------	--	------------

<p>Patient perspectives on living with severe asthma in Denmark and Sweden. (62)</p> <p><b>Auteurs :</b> Papapostolou G, Tunsäter A, Binnmyr J, Telg G, Roslind K</p> <p><b>Journal :</b> European clinical respiratory journal - Volume 8, Issue 1, pp. 1856024 - published 2020-12-16.</p> <p><b>Impact factor:</b> 1,8</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale.</p> <p><b>Objectif:</b> Explorer comment les patients asthmatiques sévères expérimentent leur maladie, comment ils perçoivent leur QDV liée à la santé, les consultations de suivi, les consultations avec des spécialistes et la gestion de leur maladie.</p> <p><b>Méthode:</b> -Première partie de l'étude : méthode quantitative. -Deuxième partie de l'étude : méthode qualitative.</p>	<p><b>Pays:</b> Suède, Danemark</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> 9 Avril - 27 Décembre 2019.</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -recrutement via un site internet en Suède et au Danemark. -60% des patients inclus sont suivis en soins primaires.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients asthmatiques sévères (selon des critères de prise de médicaments ou asthme non contrôlé).</p> <p>93 patients inclus (73 en Suède et 20 au Danemark).</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par le St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Les patients ayant un asthme sévère avaient une QDV liée à la santé altérée et un mauvais contrôle de leur maladie.</p> <p>-La moitié des patients employés ont déclaré que leurs problèmes respiratoires avaient un effet négatif sur leur vie au travail.</p>	SGRQ	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Échelle de Downs and Black 6/10</p>	S
---	---	--	---	--	------	--	---

<p>Patient- and provider-related determinants of generic and specific health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in primary care: a cross-sectional study.(63)</p> <p><b>Auteurs :</b> Peters-Klimm F, Kunz CU, Laux G, Szecsenyi J, Müller-Tasch T.</p> <p><b>Journal :</b> Health and quality of life outcomes - Volume 8, Issue 0, pp. 98 - published 2010-09-13.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,2</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale.</p> <p><b>Objectif:</b> Identifier les déterminants de la QDV liée à la santé chez des patients ayant une insuffisance cardiaque systolique en soins primaires.</p> <p><b>Méthode:</b> Analyse par régression.</p>	<p><b>Pays:</b> Allemagne</p> <p><b>Dates d'inclusion :</b> deux phases (Mars à Septembre 2005, et Juin 2006 à Janvier 2007).</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 50 médecins généralistes de 48 cabinets, région nord de Baden</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Adultes d'au moins 40 ans ayant une insuffisance cardiaque systolique confirmée, diagnostiquée au moins 2 semaines avant l'inclusion. -Symptômes stables au moment de l'inclusion.</p> <p>367 patients inclus. Données pour 318 patients.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Mesure de la QDV liée à la santé par une échelle générique le SF-36 et quatre domaines d'une échelle spécifique le Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ).</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-La sévérité de la dépression, la multimorbidité, l'augmentation de l'âge, du nombre de patients par quartiers, un score NYHA plus élevé, avoir une BPCO, prendre des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARAI) sont autant de facteurs associés à une moins bonne QDV liée à la santé.</p> <p>-Un niveau socio-économique élevé, un meilleur "self care", un antécédent de pontage coronarien étaient significativement associés à une meilleure QDV liée à la santé.</p> <p>-Le déterminant ayant le plus grand impact sur la QDV liée à la santé était la sévérité d'une dépression associée.</p>	<p>SF-36 KCCQ (4 domaines )</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.  Echelle de Downs and Black : 8/10</p>	<p>G S</p>
---	---	---	--	--	---------------------------------	--	----------------

<p>Patient-centered assessment of COPD in primary care: experience from a cross-sectional study of health-related quality of life in Europe. (64)</p> <p><b>Auteurs :</b> Jones PW, Brusselle G, Dal Negro RW, Ferrer M, Kardos P, Levy ML, Perez T, Soler Cataluña JJ, van der Molen T, Adamek L, Banik N.</p> <p><b>Journal :</b> Primary care respiratory journal : journal of the General Practice Airways Group - Volume 21, Issue 3, pp. 329-36 - published 2012-09-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 2,714 (2016)</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale.</p> <p><b>Objectif:</b> Décrire les facteurs associés à l'évaluation de la sévérité de la BPCO par le médecin généraliste et ceux associés aux "patient-reported outcomes".</p> <p><b>Méthode:</b> Analyse par régression logistique ordinale multinomiale.</p>	<p><b>Pays:</b> Belgique, France, Allemagne, Pays-Bas et Espagne</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Novembre 2008 - Mai 2009.</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> Via les médecins généralistes des patients.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Avoir entre 40 et 80 ans -Diagnostic de BPCO depuis au moins 6 mois -VEMS/CVF &lt; 70% -Patients fumeurs ou anciens fumeurs avec un antécédent de tabagisme à au moins 10 PA</p> <p>2,526 patients éligibles, données disponibles pour 2,294 patients.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> évaluation de la sévérité de la BPCO par le médecin généraliste.</p> <p><b>Critère de jugement secondaire :</b> évaluation de la QDV liée à la santé chez le patient BPCO ( SGRQ-C, le SF-12 et le CAT).</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Chez le patient BPCO, la QDV liée à la santé était mauvaise à tous les stades de sévérités déterminés par les médecins de soins primaires.</p> <p>-Le facteur le plus fortement associé aux scores de QDV liée à la santé était l'évaluation de la sévérité par le médecin de soins primaires.</p> <p>-Les facteurs influençant le plus les scores CAT et SGRQ étaient le stade de dyspnée MRC, le stade de gravité évalué par le médecin de soins primaires, la production d'expectorations et le nombre de comorbidités.</p> <p>-Les scores CAT et SGRQ étaient fortement corrélés.</p>	<p>SGRQ-C SF-12 CAT</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Échelle de Downs and Black : 10/10</p>	<p>G S</p>
---	--	--	---	---	---------------------------------	---	----------------

<p>Patient-reported outcome measures for knowledge transfer and behavior modification interventions in type 2 diabetes-the INDICA study: a multiarm cluster randomized controlled trial. (65)</p> <p><b>Auteurs :</b> Ramallo-Fariña Y et al</p> <p><b>Journal :</b> BMJ open - Volume 11, Issue 12, pp. e050804 - published 2021-12-15.</p> <p><b>Impact factor:</b> 2,4</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude interventionnelle multicentrique, randomisée contrôlée.</p> <p><b>Objectif:</b> Evaluer l'efficacité de différentes interventions de transferts de connaissances ou de modifications de comportements pour améliorer les "patient reported outcome" des patients diabétiques de type 2.</p> <p><b>Méthode:</b> INDICA study 4 groupes : -Le groupe interventionnel patients -Le groupe interventionnel professionnels de santé -Le groupe d'intervention combinée ( intervention chez les patients et les professionnels de santé) -Le groupe contrôle ( les patients ont reçu les soins habituels)</p>	<p><b>Pays:</b> Canaries, Espagne.</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> non précisées</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -32 centres de soins primaires, -Recrutés via deux associations de patients ayant un DT2.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Adultes âgés entre 18 et 65 ans -Diagnostiqués d'un diabète de type 2 au moins un an avant. -Absence de complications liées au diabète. -Utilisation régulière d'un téléphone portable.</p> <p>2334 patients inclus 211 professionnels de santé des soins primaires.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par l'ADDQoL-19.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-La QDV liée à la santé s'est significativement améliorée pour tous les groupes interventionnels à 12 mois, comparé au groupe contrôle.</p> <p>-A 18 mois, la différence significative s'est maintenue seulement sur le groupe interventionnel patients.</p>	<p>ADDQoL-19.</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B.</p> <p>Échelle de Downs and Black : 19/27.</p>	<p>S</p>
---	---	--	--	--	-------------------	--	----------

<p>Perceived quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients: a cross-sectional study in primary care on the role of illness perceptions. (66)</p> <p><b>Auteurs :</b> Weldam SW, Lammers JW, Heijmans MJ, Schuurmans MJ.</p> <p><b>Journal :</b> BMC family practice - Volume 15, Issue 0, pp. 140 - published 2014-08-03.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,2</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale.</p> <p><b>Objectif:</b> Quantifier la relation entre la perception de la maladie (mesurée par The Brief Illness Perception Questionnaire TBIPQ) et la QDV liée à la santé chez le patient BPCO.</p> <p><b>Méthode:</b> Des patients ayant une BPCO ont complété plusieurs questionnaires : The Brief Illness Perception Questionnaire, the Medical Research Council dyspnoea scale, the Clinical COPD Questionnaire (CCQ) and the Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ-SAS). Analyse par régression multiple linéaire.</p>	<p><b>Pays:</b> Pays-Bas.</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Juin 2010 - Avril 2011</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -10 cabinets de médecine générale -Recrutement par des infirmiers.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Diagnostic de BPCO GOLD I, II et III. -Etre en capacité physique et mentale de remplir les différents questionnaires. 90 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Mesure de la QDV liée à la santé par le CCQ et le CRQ-SAS.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Association significative entre l'identité, la compréhension (domaines de TBIPQ), la dyspnée et la QDV liée à la santé mesurée par le CCQ.</p> <p>-Les patients ayant une plus faible perception des symptômes sévères de la maladie (identity) et une meilleure compréhension (comprehension) de la maladie avaient une meilleure QDV liée à la santé.</p> <p>-Après ajustement, l'identité et la compréhension expliquaient 56% des variations de la QDV liée à la santé (mesurée par le CCQ).</p> <p>-La perception de l'impact de la maladie sur la vie quotidienne (consequences) et la perception d'un bon contrôle de la maladie par le traitement (treatment control) étaient associées significativement à la QDV liée à la santé mesurée par le CRQ-SAS dans son domaine physique.</p> <p>-Les patients avaient une meilleure QDV liée à la santé quand ils expérimentaient moins de symptômes associés à la maladie, moins d'impact sur leur vie quotidienne, moins de conséquences émotionnelles, avaient la perception d'un bon contrôle de la maladie par le traitement et une meilleure compréhension de la maladie.</p>	<p>CCQ CRQ-SAS</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Échelle de Downs and Black : 8/10</p>	<p>S</p>
--	---	--	---	--	------------------------	--	----------

<p>Prediction of COPD-specific health-related quality of life in primary care COPD patients: a prospective cohort study.(67)</p> <p><b>Auteurs :</b> Siebeling L, Musoro JZ, Geskus RB, Zoller M, Muggensturm P, Frei A, Puhan MA, ter Riet G.</p> <p><b>Journal :</b> NPJ primary care respiratory medicine - Volume 24, Issue 0, pp. 14060 - published 2014-08-28.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,23</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle de cohorte prospective.</p> <p><b>Objectif:</b> Développement d'un modèle prédictif du score Chronic Respiratory Questionnaire, de la dyspnée, de la fatigue, de la fonction émotionnelle et de la QDV liée à la santé à 6 et 24 mois en utilisant des prédicteurs facilement disponibles en soins primaires.</p> <p><b>Méthode:</b> patients suivis de manière bi-annuelle grâce à des entretiens téléphoniques et par visites en présentiel à l'inclusion puis à 2 et 4 ans de suivi. Analyses basées sur 2 années de suivi.</p>	<p><b>Pays:</b> Suisse et Pays-Bas.</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> 2008-2009</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> centres de soins primaires</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients ≥ 40 ans, -BPCO GOLD II à IV. -Absence d'exacerbations sur les quatre dernières semaines. -Espérance de vie de plus de 12 mois.</p> <p>409 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Mesure de la QDV liée à la santé par le Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ).</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-La QDV liée à la santé spécifique de la BPCO après 6 et 24 mois en soins primaires peut être raisonnablement prédite par les scores spécifiques correspondants à l'inclusion.</p> <p>-Pour chaque domaine spécifique du CRQ, le score correspondant à la baseline était le meilleur prédicteur.</p> <p>-Pour prédire la QDV liée à la santé globale des patients BPCO en soins primaires, la QDV liée à la santé antérieure était le meilleur facteur prédictif.</p> <p>-La fatigue, la dyspnée, la dépression et la façon de faire face à la maladie donnent des informations importantes sur la future QDV liée à la santé des patients.</p>	<p>CRQ</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B.</p> <p>Echelle de Downs and Black : 7/10</p>	<p>S</p>
--	---	--	---	---	------------	--	----------

<p>Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. (68)</p> <p><b>Auteurs :</b> Gott M, Barnes S, Parker C, Payne S, Seamark D, Gariballa S, Small N.</p> <p><b>Journal :</b> Age and ageing - Volume 35, Issue 2, pp. 172-7 - published 2006-03-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 6,0</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle prospective.</p> <p><b>Objectif:</b> Identifier les facteurs prédictifs de la QDV liée à la santé chez le patient âgé insuffisant cardiaque.</p> <p><b>Méthode:</b> Analyse par régression multiple linéaire.</p>	<p><b>Pays:</b> Royaume Uni</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Août 2003 - Avril 2004</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 616 cabinets de médecine générale</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b>          -Patients âgés &gt; 60 ans,          -Insuffisants cardiaques,          -Absence de troubles neurocognitifs sévères,          -Dyspnée classe NYHA II-IV.</p> <p>587 patients inclus. Données pour 542 patients.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b>          Évaluation de la QDV liée à la santé par un score générique (SF-36) et par un score spécifique (the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire) tous les 3 mois pendant 24 mois.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Être une femme, avoir un score NYHA III ou IV, avoir une dépression, être dans les groupes socioéconomiques III-V et avoir deux ou trois comorbidités étaient des facteurs significativement prédictifs d'une QDV liée à la santé diminuée.</p> <p>-Un âge plus élevé était associé significativement à une QDV liée à la santé plus basse (sur le score SF-36 mais pas sur le score spécifique).</p>	<p>SF-36 The Kansas City Cardiomy opathy Questionn aire</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2 grade B.</p> <p>Échelle de Downs and Black : 10/10</p>	<p>G S</p>
---	--	--	--	---	---	--	----------------

<p>Primary Healthcare Organization and Quality-of-Life Outcomes for Persons with Chronic Disease. (69)</p> <p><b>Auteurs :</b> Feldman DE, Lévesque JF, Lemieux V, Tourigny A, Lavoie JP, Tousignant P.</p> <p><b>Journal :</b> Healthcare policy = Politiques de santé - Volume 7, Issue 3, pp. 59-72 - published 2012-02-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 0,9 (research impact factor).</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle de cohorte prospective.</p> <p><b>Objectif:</b> Explorer l'association entre le modèle organisationnel des soins primaires et la QDV liée à la santé des patients malades chroniques.</p> <p><b>Méthode:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé à l'inclusion, 6, 12 et 18 mois.</p>	<p><b>Pays:</b> Québec, Canada</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> 2006-2008</p> <p><b>Lieux d'inclusion :</b> -33 cliniques de soins primaires</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients diagnostiqués d'une des maladies chroniques suivantes : arthrose, insuffisance cardiaque, BPCO, diabète.</p> <p>776 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par le SF-36 et par des questionnaires spécifiques (HAQ, The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, the Chronic Respiratory Questionnaire, the Audit of Diabetes-Dependant Quality of Life)</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Les modèles communautaires étaient bénéfiques sur la QDV liée à la santé pour les patients âgés avec un nombre plus élevé de comorbidités et un statut de santé plus bas.</p> <p>-Les patients plus âgés, ayant un nombre plus élevé de comorbidités, une plus mauvaise perception de leur santé, suivis par des spécialistes et ayant des soins à domicile, avaient une QDV liée à la santé significativement plus basse.</p> <p>-Aucun des modèles organisationnels de soins primaires n'étaient associés avec la QDV liée à la santé.</p>	<p>SF-36 HAQ The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire CRQ ADDQoL</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B. Échelle de Downs and Black : 8/10.</p>	<p>G S</p>
---	---	---	---	---	---	--	----------------

<p>Quality of life and economic burden of illness in very early arthritis. A population based study in southern Sweden (70)</p> <p><b>Auteurs :</b> Söderlin MK, Kautiainen H, Skogh T, Leirisalo-Repo M.</p> <p><b>Journal :</b> The Journal of rheumatology - Volume 31, Issue 9, pp. 1717-22 - published 2004-09-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,6</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle prospective.</p> <p><b>Objectif:</b> Mesurer la QDV liée à la santé chez les patients ayant un stade précoce d'arthrite et comparer la QDV liée à la santé entre les différents groupes diagnostiques. Analyser si la QDV liée à la santé à l'inclusion est corrélée aux coûts engagés par les patients.</p>	<p><b>Pays:</b> Suède</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Mai 1999 - Mai 2000</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -21 centres de soins primaires, un centre privé de rhumatologie et tous les services susceptibles de recevoir des patients ayant des douleurs articulaires à l'hôpital de Växjö et Ljungby (Suède).</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Apparition récente (maximum 3 mois) d'une nouvelle inflammation articulaire.</p> <p>71 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Mesure de la QDV liée à la santé par le Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS) et l'EuroQoI.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-La QDV liée à la santé était affectée significativement pour les 4 diagnostics d'arthrite dans leurs stades précoces.</p> <p>-Des différences significatives ont été retrouvées entre les 4 groupes diagnostiques pour les domaines de la dextérité, des activités ménagères, des activités de la vie quotidienne et de la douleur (AIMS). Le groupe le plus affecté pour tous ces domaines était celui des patients ayant une arthrite rhumatoïde.</p> <p>-Absence de différences significatives entre les 4 groupes diagnostiques pour l'EuroQoI dans les stades précoces des maladies.</p> <p>-Corrélation significative entre les coûts et l'EuroQoI (utility et VAS scores) dans les premiers mois de la maladie.</p> <p>-Corrélation significative entre les coûts et les domaines mobilité, activité physique, activité ménagère, activités de la vie quotidienne et douleur de l'AIMS.</p>	<p>AIMS EuroQoI</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B.</p> <p>Echelle de Downs and Black : 10/10</p>	<p>G S</p>
--	---	--	---	---	-------------------------	---	----------------

<p>Quality of Life and Economic Burden of Respiratory Disease in Asia-Pacific-Asia-Pacific Burden of Respiratory Diseases Study. (71)</p> <p><b>Auteurs :</b> Wang Y, Ghoshal AG, Bin Abdul Muttalif AR, Lin HC, Thanaviratnanich S, Bagga S, Faruqi R, Sajjan S, Brnabic AJ, Dehle FC, Cho SH.</p> <p><b>Journal :</b> Value in health regional issues - Volume 9, Issue 0, pp. 72-77 - published 2016-05-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 1,4</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale multicentrique.</p> <p><b>Objectif:</b> Décrire l'utilisation des ressources du système de santé, l'impact sur le travail, les coûts et la QDV liée à la santé chez les patients ayant une maladie respiratoire.</p> <p><b>Méthode:</b> Les patients inclus ont rempli un questionnaire détaillant leurs symptômes respiratoires, leur utilisation des ressources du système de santé, la productivité au travail et leur QDV liée à la santé (mesurée l'échelle générique SF-12 et des échelles spécifiques : miniAQLQ, CAT, SNOT-20).</p>	<p><b>Pays:</b> Inde, Corée, Malaisie, Singapour, Taïwan et Thaïlande.</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Octobre 2012 - Octobre 2013</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> 22 sites (médecins de soins primaires ou spécialistes, en ambulatoire ou en hospitalisation).</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients âgés ≥ 18 ans, -Avec un diagnostic primaire d'asthme, de BPCO, de rhinite allergique, de rhinosinusite.</p> <p>5250 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de leur QDV liée à la santé par le SF-12 et des échelles spécifiques: miniAQLQ, CAT, SNOT-20.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Les scores PCS et MCS étaient en dessous de la moyenne pour les patients présentant de l'asthme, une BPCO, et une rhinosinusite.</p> <p>-Les scores MCS étaient similaires pour toutes les maladies respiratoires étudiées.</p> <p>-Les scores PCS étaient significativement plus bas pour les patients BPCO.</p> <p>-Pour l'asthme, l'impact sur la QDV liée à la santé était faible à modéré.</p> <p>-Pour la rhinite allergique ou la rhino-sinusite, l'impact sur la QDV liée à la santé était très modéré à modéré.</p>	<p>SF-12 miniAQLQ CAT SNOT-20</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Échelle de Downs and Black : 9/10</p>	<p>G S</p>
---	---	---	---	---	---	--	----------------

<p>Quality of life in patients with established inflammatory bowel disease: a UK general practice survey. (72)</p> <p><b>Auteurs :</b> Rubin GP, Hungin AP, Chinn DJ, Dwarakanath D.</p> <p><b>Journal :</b> Alimentary pharmacology &amp; therapeutics - Volume 19, Issue 5, pp. 529-35 - published 2004-03-01.</p> <p><b>Impact factor :</b> 6,6</p>	<p><b>Type d'étude :</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif :</b> Décrire la QDV liée à la santé de patients ayant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin en ambulatoire et explorer son association avec certains facteurs comme le type de MICI, le stade de la maladie, le sexe ou l'âge.</p> <p><b>Méthode :</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par le questionnaire spécifique UK Inflammatory Bowel Disease Questionnaire.</p>	<p><b>Pays :</b> Royaume Uni</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Non précisées</p> <p><b>Lieux d'inclusion :</b> -23 cabinets de médecine générale</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients avec une MICI, diagnostiqué par un spécialiste (avec confirmation histologique, endoscopique, radiologique). -Suivi ambulatoire dans les 12 derniers mois.</p> <p>556 patients. Données disponibles pour 409 patients.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par l'IBDQ.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Le genre féminin, être plus jeune, la maladie de Crohn, une maladie étendue et être suivi par un spécialiste étaient significativement associés à des scores de QDV liée à la santé plus bas.</p> <p>-Tous les domaines de la QDV liée à la santé étaient atteints, mais le plus affecté était le domaine systémique.</p> <p>-La moyenne du score de QDV liée à la santé était significativement plus basse chez les patients résidant dans des quartiers défavorisés, indépendamment de l'extension de la maladie.</p>	<p>IBDQ</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Échelle de Downs and Black : 9/10.</p>	<p>S</p>
--	---	--	---	--	-------------	---	----------

<p>Quality of life in patients with IBD during the COVID-19 pandemic in the Netherlands. (73)</p> <p><b>Auteurs :</b> de Bock E, Filipe MD, Meij V, Oldenburg B, van Schaik FDM, Bastian OW, Fidder HF, Vriens MR, Richir MC.</p> <p><b>Journal :</b> BMJ open gastroenterology - Volume 8, Issue 1, pp. - published 2021-07-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,3</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle de cohorte prospective.</p> <p><b>Objectif:</b> Déterminer l'effet de la pandémie Covid-19 sur la QDV liée à la santé chez les patients ayant une maladie inflammatoire chronique intestinale.</p> <p><b>Méthode:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par le SF-36 et l'IBDQ.</p>	<p><b>Pays:</b> Pays-Bas</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> 31 Août au 13 Septembre 2020</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -recrutement de membres de la base de données "Crohn's and Colitis Association"</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Âge &gt; 18 ans, -Diagnostiqués d'une MICI, sans rectite.</p> <p>582 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> mesure de la QDV liée à la santé par le SF-36 et l'IBDQ.</p> <p><b>Critère de jugement secondaire:</b> facteurs influençant la QDV liée à la santé (âge, genre, type de MICI, chirurgie ou non).</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-La QDV liée à la santé était basse chez la population d'étude sur le score physique et mental du SF-36, comparé à une population non malade chronique pendant la pandémie.</p> <p>-Le score moyen le plus élevé du SF-36 a été observé sur le domaine mental.</p> <p>-Un âge plus élevé, le sexe féminin, les patients qui ont eu une chirurgie avaient le score physique le plus bas sur le SF-36.</p> <p>-Un antécédent de chirurgie ou le genre féminin étaient des facteurs prédictifs significatifs d'un score IBDQ bas.</p> <p>-Un âge plus élevé était un facteur prédictif significatif d'un score plus élevé sur le domaine de la fonction émotionnelle.</p>	<p>SF-36 IBDQ</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B.</p> <p>Échelle de Downs and Black : 10/10</p>	<p>G S</p>
---	---	--	---	--	-------------------	---	------------

<p>Relation of health-related quality of life to metabolic syndrome, obesity, depression and comorbid illnesses. (74)</p> <p><b>Auteurs :</b> Vetter ML, Wadden TA, Lavenberg J, Moore RH, Volger S, Perez JL, Sarwer DB, Tsai AG.</p> <p><b>Journal :</b> International journal of obesity (2005) - Volume 35, Issue 8, pp. 1087-94 - published 2011-08-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 4,2</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier la relation entre le syndrome métabolique et la QDV liée à la santé et comment certains facteurs affectent cette relation.</p> <p><b>Méthode:</b> Données tirées de l'étude Practice-Based Opportunities for Weight Reduction (POWER). Comparaison de la QDV liée à la santé chez des patients ayant et n'ayant pas de syndrome métabolique. Analyse par régression multiple linéaire.</p>	<p><b>Pays:</b> Etats-Unis.</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Janvier 2008 - Juin 2011</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -six cabinets de soins primaires à l'université de Pennsylvanie.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients âgés ≥ 21 ans, -IMC entre 30 et 50 kg/m<sup>2</sup>; -Circonférence abdominale augmentée et au moins un autre critère du syndrome métabolique.</p> <p>390 patients inclus. 269 patients ayant un syndrome métabolique (au moins 3 critères pour le syndrome métabolique).</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par deux échelles génériques: SF-12, EQ-5D. et une échelle spécifique : IWQoL-Lite.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Le syndrome métabolique n'était pas associé avec la QDV liée à la santé (sur toutes les échelles utilisées dans cette étude).</p> <p>-Dans le modèle multivarié, seule la dépression était associée significativement avec une QDV liée à la santé réduite sur les quatre mesures.</p> <p>-Le fardeau lié à la maladie était associé significativement avec la QDV liée à la santé (sur le PCS, MCS et EQ-5D, mais pas sur la IWQoL-Lite) et le BMI sur le PCS et l'IWQoL-Lite.</p> <p>-L'aggravation d'une obésité ou d'un diabète ne modifiait pas l'association entre le syndrome métabolique et la QDV liée à la santé.</p> <p>-Le nombre de critères pour le syndrome métabolique n'influçait pas la relation entre le syndrome métabolique et la QDV liée à la santé.</p>	<p>SF-12 EQ-5D IWQoL-Lite.</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Échelle de Downs and Black : 9/10</p>	<p>G S</p>
---	--	---	---	--	--	--	----------------

<p>Reliability and validity of the clinical COPD questionnaire and chronic respiratory questionnaire. (75)</p> <p><b>Auteurs :</b> Reda AA, Kotz D, Kocks JW, Wesseling G, van Schayck CP</p> <p><b>Journal :</b> Respiratory medicine - Volume 104, Issue 11, pp. 1675-82 - published 2010-11-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,5</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale.</p> <p><b>Objectif:</b> Évaluer et comparer la fiabilité, la validité et la réactivité des questionnaires spécifiques CCQ et CRQ-Self reported ( CRQ SR ) .</p> <p><b>Méthode:</b> Données tirées d'une étude randomisée contrôlée récente (test de l'efficacité d'un sevrage en tabac). Evaluation de la QDV liée à la santé à l'inclusion, 5, 26 et 52 semaines.</p>	<p><b>Pays:</b> Allemagne.</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> 2005 à 2007</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -Dans la population générale (via publicités, mails) et dans des cabinets de médecine générale.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients âgés entre 35 et 70 ans, -BPCO GOLD I à II confirmée par spirométrie, -Tabagisme actif (≥ 10 paquets annés), -Motivation par un sevrage.</p> <p>296 patients fumeurs ayant une BPCO. 587 patients fumeurs avec fonction respiratoire normale.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation et comparaison des données psychométriques du CCQ et CRQ-SR.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Les deux questionnaires ont montré une bonne cohérence interne et validité.</p> <p>-Le score CRQ-SR a montré une bonne réactivité pour le domaine de la maîtrise et le score total après 26 semaines de suivi.</p> <p>-Le score CCQ a montré une bonne réactivité pour le domaine des symptômes et son score total (à 26 et 52 semaines).</p> <p>-Le score CCQ semblait avoir une meilleure faisabilité (moins long).</p> <p>-Les deux questionnaires étaient peu discriminatoires entre les stades GOLD I et II.</p> <p>-Conclusion : le score CCQ est un instrument valide, fiable, réactif pour les stades légers et modérés de la BPCO et pour les suivis à long terme. Le score CRQ-SR est performant à moyen court, mais l'est moins à long terme.</p> <p>-Les deux scores avaient une faible validité discriminatoire mais une bonne validité convergente entre eux.</p>	<p>CCQ CRQ-SR</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Échelle de Downs and Black : 6/10</p>	<p>S</p>
---	---	--	--	--	-----------------------	--	----------

<p>Seasons and other factors affecting the quality of life of asthmatic children. (76)</p> <p><b>Auteurs :</b> García-Marcos L, Carvajal Urueña I, Escribano Montaner A, Fernández Benítez M, García de la Rubia S, Tauler Toro E, Pérez Fernández V, Barcina Sánchez C.</p> <p><b>Journal :</b> Journal of investigational allergology &amp; clinical immunology - Volume 17, Issue 4, pp. 249-56 - published 2007-01-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 8,185 (2021)</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale.</p> <p><b>Objectif:</b> Evaluer l'effet des saisons sur la QDV liée à la santé chez l'enfant asthmatique.</p> <p><b>Méthode:</b> Quatres groupes d'enfants asthmatiques constitués par des pédiatres durant chaque saison de l'année. Sélection des 3 premiers enfants asthmatiques consultant (pour n'importe quel motif) au début de chaque saison.</p>	<p><b>Pays:</b> Espagne</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> pendant un mois pour chaque saison (Octobre 2003, Janvier 2004, Avril 2004, Juillet 2004).</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -Cliniques pédiatriques de soins primaires, de pneumo-pédiatrie et pneumo-allergie.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Âge entre 7 et 14 ans. -Asthme actif (symptômes, utilisation de béta2-mimétiques de courte durée d'action ou ayant un traitement de fond sur la dernière année).</p> <p>Enfants inclus : 352 en automne, 339 en hiver, 234 au printemps, 178 en été.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par le Paediatric Asthma QOL Questionnaire (PAQLQ).</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Différence significative de la QDV liée à la santé globale et sur ces 3 domaines selon la sévérité de l'asthme.</p> <p>-Le score moyen du PAQLQ le plus élevé était pendant l'été et le plus bas pendant l'automne. Le domaine pour lequel il était noté la plus grande différence est celui de l'activité.</p> <p>-Être un homme, être sous immunothérapie, et à un moindre niveau, vivre dans un environnement urbain ou résider sur la côte Nord de l'Espagne étaient des facteurs indépendamment et significativement associés à un score PAQLQ plus élevé.</p> <p>-Être recruté en soins primaire ou avoir un asthme sévère étaient des facteurs de risque d'avoir une QDV liée à la santé dans le dernier tercile.</p>	<p>PAQLQ</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Echelle de Downs and Black : 8/10</p>	<p>S</p>
--	--	--	---	---	--------------	--	----------

<p>Short- and long-term effects of a physical activity counselling programme in COPD: a randomized controlled trial. (77)</p> <p><b>Auteurs :</b> Altenburg WA, ten Hacken NH, Bossenbroek L, Kerstjens HA, de Greef MH, Wempe JB.</p> <p><b>Journal :</b> Respiratory medicine - Volume 109, Issue 1, pp. 112-21 - published 2015-01-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,5</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude interventionnelle contrôlée randomisée</p> <p><b>Objectif:</b> Évaluer les effets d'un programme d'activité physique dans trois groupes de patients ayant une BPCO.</p> <p><b>Méthode:</b> Intervention : suivre un programme de conseil en activité physique pendant 12 semaines. Contrôle : soins habituels. Groupe 1 : suivi en soins primaires Groupe 2 : suivi en soins secondaires Groupe 3 : suivi en réhabilitation respiratoire. Evaluation de la QDV liée à la santé par le questionnaire CCQ et CRQ à l'inclusion, à 3 et 15 mois</p>	<p><b>Pays:</b> Pays-Bas</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> 2007 à 2009 (dernier suivi en décembre 2010).</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -Cabinets de médecine générale, services ambulatoires hospitaliers, centre de réhabilitation respiratoire.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients âgés entre 40 et 80 ans, -Ayant une BPCO (selon les recommandations GOLD). -Absence d'exacerbation ou d'infection respiratoire dans les 2 mois précédents l'inclusion.</p> <p>155 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> l'activité physique mesurée par le nombre de pas journaliers.</p> <p><b>Critères de jugement secondaires :</b> spirométrie, masse maigre, la QDV liée à la santé (mesurée par le CCQ et le CRQ), fatigue, anxiété et dépression, auto-efficacité et la motivation intrinsèque à faire de l'activité physique.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Amélioration significative du score CRQ après 3 mois dans le groupe suivi en soins secondaires.</p> <p>-Absence d'association significative entre les changements de l'activité physique et les scores CCQ et CRQ.</p>	<p>CCQ CRQ</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2</p> <p>Echelle de Downs and Black : 18 /27</p>	<p>S</p>
--	--	--	--	---	--------------------	--	----------

<p>Socioeconomic status and health-related quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease (78)</p> <p><b>Auteurs :</b> Miravittles, Marc, Naberan, Karlos, Cantoni, Jordi, Azpeitia, Angel.</p> <p><b>Journal :</b> Respiration - Volume 82, Issue 5, pp. 402-408 - published 2011-01-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,5</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude transversale multicentrique.</p> <p><b>Objectif:</b> Evaluer l'impact du statut socioéconomique sur la QDV liée à la santé des patients BPCO.</p>	<p><b>Pays:</b> Espagne</p> <p><b>Dates d'inclusion</b> non précisées.</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -cabinets de médecine générale et de pneumologie.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients âgés ≥ 40 ans ou plus avec un diagnostic de BPCO, -Absence d'aggravation des symptômes sur les 3 mois précédents l'inclusion.</p> <p>4574 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par l'EQ-5D et par le score spécifique Airways Questionnaire 20 (AQ20).</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Les scores EQ-5D et AQ20 étaient significativement plus bas chez les patients ayant un niveau d'éducation moyen ou bas comparés à ceux ayant un haut niveau d'éducation.</p> <p>-Les scores EQ-5D et AQ20, étaient significativement plus bas chez les professionnels non qualifiés.</p> <p>-Ces associations sont restées significatives après contrôle sur les covariables.</p>	<p>EQ-5D AQ20</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Échelle de Downs and Black : 10/10</p>	<p>G S</p>
--	---	--	---	---	-----------------------	---	----------------

<p>Structured chronic primary care and health-related quality of life in chronic heart failure. (79)</p> <p><b>Auteurs :</b> Bosch M, van der Weijden T, Grol R, Schers H, Akkermans R, Niessen L, Wensing M.</p> <p><b>Journal :</b> BMC health services research - Volume 9, Issue 0, pp. 104 - published 2009-06-19.</p> <p><b>Impact factor:</b> 2,7</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Explorer les associations entre les caractéristiques du système de soins, une gestion optimale clinique de l'insuffisance cardiaque et la QDV liée à la santé chez des patients en soins primaires.</p>	<p><b>Pays:</b> Pays-Bas</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> 2005-2006.</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -72 médecins généralistes dans 42 cabinets.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Tous les patients ayant un diagnostic d'insuffisance cardiaque selon le médecin généraliste.</p> <p>357 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> évaluation de la QDV liée à la santé par le Minnesota Living with Heart Failure.</p> <p><b>Critère de jugement secondaire :</b> évaluation de la qualité du traitement pharmacologique.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Il n'a pas été retrouvé d'association significative entre les caractéristiques du système de soins et la QDV liée à la santé.</p> <p>-Un traitement pharmacologique optimal était significativement associé à une meilleure QDV liée à la santé (même après ajout de variables contrôles).</p> <p>-Plus le score NYHA était élevé, plus le score de QDV liée à la santé rapporté était bas.</p> <p>-Les patients âgés de plus de 75 ans rapportaient une QDV liée à la santé significativement plus basse.</p>	<p>Minnesota Living with Heart Failure</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Échelle de Downs and Black : 8/10.</p>	<p>S</p>
--	---	---	--	---	--	---	----------

<p>The Effect of Telehealth on Quality of Life and Psychological Outcomes Over a 12-Month Period in a Diabetes Cohort Within the Whole Systems Demonstrator Cluster Randomized Trial. (80)</p> <p><b>Auteurs :</b> Hirani SP, Rixon L, Cartwright M, Beynon M, Newman SP.</p> <p><b>Journal :</b> JMIR diabetes - Volume 2, Issue 2, pp. e18 - published 2017-09-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 0,895 (2021)</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude interventionnelle multicentrique randomisée contrôlée.</p> <p><b>Objectif:</b> Evaluer l'impact d'un outil de télémédecine au domicile sur la QDV liée à la santé (spécifique et générique), les symptômes d'anxiété et de dépression sur 12 mois chez des patients diabétiques.</p> <p><b>Méthode:</b> Étude prenant part au programme "Whole Systems Demonstrator". Randomisation par clusters. Groupe interventionnel : télémédecine au domicile (monitoring de constantes, symptômes, comportements et délivrance de messages à visée éducative) en complément des soins usuels. Groupe contrôle : soins usuels.</p>	<p><b>Pays:</b> Royaume Uni</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Mai 2008 - Décembre 2009.</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -204 cabinets de médecine générale.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients diagnostiqués d'un diabète confirmé, -Avoir une connexion internet sur son téléphone.</p> <p>455 patients inclus (246 dans le groupe interventionnel et 209 dans le groupe contrôle).</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par le SF-12, l'EQ-5D et le diabetes health profile (DHP) à l'inclusion, à 4 mois et 12 mois.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-La télémédecine chez le patient diabétique n'avait pas d'impact négatif ou positif significatif sur la QDV liée à la santé (échelles génériques et spécifiques) sur une période de 12 mois.</p>	<p>SF-12 EQ-5D DHP</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B.</p> <p>Échelle de Downs and Black : 17/27.</p>	<p>G S</p>
--	--	---	---	---	--------------------------------	--	----------------

<p>The effects and costs of home-based rehabilitation for heart failure with reduced ejection fraction: The REACH-HF multicentre randomized controlled trial. (81)</p> <p><b>Auteurs :</b> Dalal HM et al</p> <p><b>Journal :</b> European journal of preventive cardiology - Volume 26, Issue 3, pp. 262-272 - published 2019-02-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 8,4</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude interventionnelle multicentrique randomisée.</p> <p><b>Objectif:</b> Comparer le programme de réhabilitation REACH-HF avec les soins usuels chez les patients adultes avec une insuffisance cardiaque à FEVG altérée.</p> <p><b>Méthode:</b> Groupe interventionnel : participation au programme de réhabilitation REACH-HF et soins usuels. Groupe contrôle : soins usuels (sans réhabilitation).</p>	<p><b>Pays:</b> Royaume uni</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Janvier 2015 - Février 2016.</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -centres de soins primaires et secondaires de 4 centres</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Adultes âgés ≥ 18 ans, -Diagnostiqués d'une insuffisance cardiaque avec FEVG altérée à l'échographie ou angiographie sur les 5 dernières années. -Absence de participation à une réhabilitation cardiaque sur les 12 derniers mois.</p> <p>216 patients inclus (107 dans le groupe interventionnel et 109 dans le groupe contrôle).</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> évaluation de la QDV liée à la santé par l'échelle spécifique Minnesota Living with Heart Failure questionnaire (MLHFQ) à 12 mois.</p> <p><b>Critères de jugement secondaires:</b> décès, hospitalisations, QDV liée à la santé générique (EQ-5D-5L), bien-être psychologique (HADS), capacité d'exercice, activité physique, HeartQoL questionnaire et Self-care of Heart Index.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-A 12 mois, le score total MLHFQ était significativement plus élevé dans le groupe interventionnel, par rapport au groupe contrôle.</p> <p>-Le score physique du MLHFQ s'est significativement amélioré à 12 mois dans le groupe interventionnel contrairement au groupe contrôle.</p> <p>-Absence d'amélioration significative du score mental du MLHFQ à 12 mois dans le groupe interventionnel par rapport au groupe contrôle.</p> <p>-A l'exception du domaine de l'auto-soins (Self-care of Heart Index amélioré significativement dans le groupe interventionnel à 12 mois), il n'a pas été montré de différences significatives entre les deux groupes pour les critères de jugement secondaires (EQ-5D, HeartQoL).</p>	<p>MLHFQ EQ-5D-5L HeartQoL questionnaire</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B. Échelle de Downs and Black : 22/27.</p>	<p>G S</p>
--	--	---	--	---	--	---	----------------

<p>The impact of multiple gender dimensions on health-related quality of life in persons with Parkinson's disease: an exploratory study. (82)</p> <p><b>Auteurs :</b> Göttgens I, Darweesh SKL, Bloem BR, Oertelt-Prigione S.</p> <p><b>Journal :</b> Journal of neurology - Volume 269, Issue 11, pp. 5963-5972 - published 2022-11-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 4,8</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale.</p> <p><b>Objectif:</b> Explorer l'impact de plusieurs facteurs liés au genre (identité de genre, rôle de genre, et relations entre genres) sur la QDV liée à la santé des patients ayant une maladie de Parkinson.</p> <p><b>Méthode:</b> Utilisation des données d'une étude de cohorte prospective (PRIME-NL Study).</p>	<p><b>Pays:</b> Pays-Bas</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Mars 2020 - Mars 2021</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -Patients issus d'une cohorte recrutés à partir d'une base de données regroupant les patients parkinsoniens aux Pays Bas</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients âgés ≥ 18 ans ou plus, diagnostiqués d'un syndrome parkinsonien ou d'une maladie de Parkinson.</p> <p>307 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Mesure de la QDV liée à la santé par l'échelle spécifique PDQ-39.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Absence d'association significative entre l'identité de genre et la QDV liée à la santé globale.</p> <p>-En contraste, un rôle de genre de type androgyne et un engagement dans les tâches ménagères étaient significativement associés à une QDV liée à la santé globale plus élevée chez les patients ayant la maladie de Parkinson.</p>	<p>PDQ-39</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Echelle de Downs and Black : 7/10</p>	<p>S</p>
---	--	--	--	---	---------------	--	----------

<p>Use of Potentially Harmful Medications and Health-Related Quality of Life among People with Dementia Living in Residential Aged Care Facilities. (83)</p> <p><b>Auteurs :</b> Bosboom PR, Alfonso H, Almeida OP, Beer C.</p> <p><b>Journal :</b> Dementia and geriatric cognitive disorders extra - Volume 2, Issue 1, pp. 361-71 - published 2012-01-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 1,4</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale.</p> <p><b>Objectif:</b> Étudier l'association entre l'exposition à des médicaments nocifs et la QDV liée à la santé chez des patients déments dans des établissements de soins résidentiels pour personnes âgées (RACFs).</p> <p><b>Méthode:</b> Données tirées de l'étude "the Dementia in residential care: education intervention trial (DIRECT)". Mesure de la nocivité des médicaments selon 3 paramètres : médicaments potentiellement inappropriés (identifiés par les critères modifiés de Beers), le Drug Burden Index (DBI) et la polymédication (≥5 médicaments)</p>	<p><b>Pays:</b>Australie.</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Mai 2007 - Juillet 2008</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -36 établissements de soins résidentiels pour personnes âgées et via les médecins généralistes des patients.</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Patients âgés ≥65 ans, déments avec MMSE ≤24. -Etre un résident permanent d'une RACF.</p> <p>Inclusion des 351 patients de l'étude DIRECT. 226 patients ont été capables de déterminer leur QoL-AD.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> mesure de la QDV liée à la santé par le Quality of Life-Alzheimer's disease questionnaire (QoL-AD).</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-L'exposition à des médicaments potentiellement inappropriés n'était pas associée au score QoL-AD.</p> <p>-Un DBI &gt; 0 ou une polymédication étaient significativement associés à un QoL-AD plus bas.</p> <p>-L'exposition à un DBI &gt; 0 triplait les risques d'un score QoL-AD plus bas.</p>	<p>QoL-AD</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Échelle de Downs and Black :10/10</p>	<p>S</p>
---	--	---	--	---	---------------	--	----------

<p>Usefulness of EQ-5D in assessing health status in primary care patients with major depressive disorder. (84)</p> <p><b>Auteurs :</b> Sapin C, Fantino B, Nowicki ML, Kind P.</p> <p><b>Journal :</b> Health and quality of life outcomes - Volume 2, Issue 0, pp. 20 - published 2004-05-05.</p> <p><b>Impact factor:</b> 3,2</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle de cohorte prospective, multicentrique, non comparative.</p> <p><b>Objectif:</b> Décrire l'impact d'un épisode dépressif caractérisé sur la QDV liée à la santé, et en examiner les variations selon les caractéristiques démographiques et cliniques des patients.</p> <p><b>Méthode:</b> Evaluation de la QDV liée à la santé à l'inclusion, 4 semaines et 8 semaines. Pas de comparaison.</p>	<p><b>Pays:</b> France</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Mai - Novembre 2002</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -95 centres de soins primaires</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Age ≥ 18 ans -Consultant leur médecin généraliste pour un nouvel épisode dépressif caractérisé. -Non traités par antidépresseurs avant l'inclusion.</p> <p>250 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par le SF-36, l'EQ-5D et par le Quality of Life Depression Scale (QLDS)</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV:</b></p> <p>-Durant le suivi, toutes les dimensions mesurées se sont significativement améliorées.</p> <p>-Absence de différence significative de l'EQ-5D en comparant les différentes caractéristiques démographiques (genre, âge).</p> <p>-Différence significative de l'EQ-5D selon le niveau de sévérité de la maladie.</p> <p>-La corrélation entre l'EQ-5D et le score mental du SF-36 était la plus élevée.</p> <p>-Le QLDS était significativement corrélé avec le score EQ-5D à l'inclusion et lors des suivis.</p>	<p>EQ-5D SF-36 QLDS</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B.</p> <p>Echelle de Downs and Black :10/10</p>	<p>G S</p>
--	---	--	---	---	---------------------------------	--	----------------

<p>Validation of the Minnesota living with heart failure questionnaire in primary care. (85)</p> <p><b>Auteurs :</b> Naveiro-Rilo JC, Díez-Juárez DM, Romero Blanco A, Rebollo-Gutiérrez F, Rodríguez-Martínez A, Rodríguez-García MA.</p> <p><b>Journal :</b> Revista española de cardiología - Volume 63, Issue 12, pp. 1419-27 - published 2010-12-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 7,2</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale.</p> <p><b>Objectif:</b> -Évaluer l'applicabilité, la cohérence interne et la validité du Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). -Comparer le MLHFQ avec le SF-36.</p> <p><b>Méthode:</b> Constitution de sous-groupes : -Diagnostic hospitalier ou par un spécialiste -Diagnostic par un médecin de soins primaires.</p>	<p><b>Pays:</b> Espagne</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Janvier - Avril 2009</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> -97 médecins généralistes</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Diagnostic d'insuffisance cardiaque (selon leur dossier médical, diagnostic par spécialiste ou par le médecin généraliste). -Patients vus par un médecin de soins primaires à León sur les 6 derniers mois.</p> <p>589 patients inclus.</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Évaluation de la QDV liée à la santé par le MLHFQ et le SF-36.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Absence de différence significative entre les sous-groupes sur les composantes du SF-36 ou les dimensions du MLHFQ.</p> <p>-Le score MLHFQ a des propriétés adéquates en termes d'acceptabilité, de cohérence interne et de validité convergente (forte corrélation entre les dimensions du SF-36 et du MLHFQ mesurant des concepts similaires).</p> <p>-Il a montré une bonne sensibilité au changement , une bonne fiabilité et une bonne validité convergente.</p> <p>-Instrument nouveau qui n'a pas encore de normes clairement établies. Toutefois une variation de 5 points dans le score total est considérée comme cliniquement pertinente.</p>	<p>MLHFQ SF-36.</p>	<p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p> <p>Échelle de Downs and Black : 9/10</p>	<p>G S</p>
--	---	---	---	---	---------------------	--	----------------

<p>Variables associated with communicative participation in Parkinson's disease and its relationship to measures of health-related quality-of-life (86)</p> <p><b>Auteurs :</b> McAuliffe, Megan J, Baylor, Carolyn R, Yorkston, Kathryn M.</p> <p><b>Journal :</b> International Journal of Speech-Language Pathology - Volume 19, Issue 4, pp. 407-417 - published 2017-01-01.</p> <p><b>Impact factor:</b> 1,4</p>	<p><b>Type d'étude:</b> Étude observationnelle transversale</p> <p><b>Objectif:</b> Identifier les variables associées avec la participation communicative dans la maladie de Parkinson et étudier la relation entre le Communicative Participation item Bank (CPIB) et les mesures existantes de la QDV liée à la santé.</p> <p><b>Méthode:</b> Patients sélectionnés via une cohorte plus large.</p>	<p><b>Pays:</b> Etats-Unis et Nouvelle-Zélande.</p> <p><b>Dates d'inclusion:</b> Non précisées.</p> <p><b>Lieux d'inclusion:</b> Patients vivants en foyer logement</p> <p><b>Critères d'inclusion:</b> -Maladie de Parkinson diagnostiquée depuis ≥ 3 mois. -Avoir complété tous les questionnaires de cette étude, -utiliser la parole comme premier moyen de communication, -attester que la maladie de Parkinson a affecté leur capacité à communiquer.</p> <p>378 patients inclus</p>	<p><b>Critère de jugement principal:</b> Étude la relation entre le CPIB et les mesures de la QDV liée à la santé : the Parkinson's Disease Questionnaire-8 (PDQ-8) et le Global Health instrument tiré du "Patient Reported Outcomes Measurement Information System" (PROMIS) pour la comparaison.</p>	<p><b>Résultats principaux concernant la QDV :</b></p> <p>-Relation modérément significative entre le CPIB et les sous-échelles du Global Health Instrument (mentale et physique), et entre le CPIB et la question sur le rôle social du Global Health Instrument.</p> <p>-Relation fortement significative entre le CPIB et le PDQ-8 (qui contient 2 items spécifiques sur la communication et la cognition).</p> <p>-Le CPIB offrait une perspective différente des autres mesures de la QDV liée à la santé.</p>	<p>PDQ-8 Global Health Instrument</p>	<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B. Échelle de Downs and Black : 10/10</p>	<p>G S</p>
---	--	--	---	---	---	--	----------------

### 3.1.3. Caractéristiques des études

#### 3.1.3.1. Méthodologie

Les différents types d'études retrouvés sont:

- 55 études observationnelles :
  - 40 études transversales <sup>(5,24–27,29,32–39,47,49,52–58,61–64,66,67,72,73,75–80,83,84,86)</sup>
  - 15 études prospectives <sup>(30,36,40,41,44–46,59,60,67–70,73,84)</sup>
- 9 études interventionnelles <sup>(28,31,42,43,50,65,77,80,81)</sup>

Ainsi, 62% des études sélectionnées sont observationnelles transversales.

#### 3.1.3.2. Lieux

Les études sélectionnées ont très majoritairement eu lieu en Europe et en Amérique du Nord. Seules 3 études ont été conduites en Asie <sup>(56,58,71)</sup>, 1 en Israël <sup>(35)</sup> et 2 en Océanie <sup>(83,86)</sup>.

#### 3.1.3.3. Objectifs principaux

Les articles ont été regroupés en plusieurs catégories en fonction de leurs objectifs principaux :

- Travail sur les échelles en elles-mêmes
  - Travail de traduction <sup>(36)</sup>
  - Validation d'échelles spécifiques <sup>(36,40,85)</sup>
  - Évaluation d'une échelle dans sa capacité au changement ou dans sa capacité discriminative <sup>(60,75)</sup>

- Description des facteurs ayant des conséquences sur la QDV liée à la santé:
  - Pour les études observationnelles, décrire :
    - L'influence de l'environnement, des caractéristiques sociodémographiques, des comorbidités, des épisodes aigus sur la QDV liée à la santé <sup>(33,34,37-39,44,47-49,52,53,56,57,62-64,66,68,72-74,76,78,79,82,86)</sup>
    - La QDV liée à la santé dans une population donnée <sup>(5,24-27,30,54-57,70-72,84)</sup>
  - Pour les études interventionnelles, étudier l'effet de différents programmes sur la QDV liée à la santé :
    - programme thérapeutique <sup>(80,81)</sup>
    - changement thérapeutique <sup>(31)</sup>
    - éducation thérapeutique <sup>(44,50,65)</sup>
    - pratique d'une activité physique <sup>(28,43,77)</sup>
    - outil d'évaluation des symptômes <sup>(42)</sup>
- Comparaison de la QDV liée à la santé:
  - Mesurée par plusieurs échelles dans une même population <sup>(5,29,40,60,61)</sup>
  - Entre deux mesures effectuées à des dates différentes <sup>(45,46,51,67-69,84)</sup>
  - Entre deux mesures effectuées par des examinateurs différents <sup>(35)</sup>
  - Entre deux populations différentes <sup>(41)</sup>

Enfin, d'autres études explorent les liens entre la QDV liée à la santé et d'autres paramètres (mortalité <sup>(32)</sup>, observance médicamenteuse <sup>(59)</sup>, modèle d'organisation des soins <sup>(69)</sup>, exposition à des médicaments nocifs <sup>(83)</sup>).

Seuls deux articles <sup>(64,77)</sup> n'avaient pas d'échelle de qualité de vie comme critère de jugement principal, mais il s'agissait d'un critère de jugement secondaire.

#### 3.1.3.4. Recrutement et population

Voici un tableau regroupant les différents lieux de recrutement des populations étudiées :

Lieux de recrutement	Nombre d'études
Soins primaires uniquement	31 études (5,31,33,37,39,43,45,46,48,49,52,54–56,59–61,63,64,66–69,72,74,79,80,83–86)
Soins primaires et secondaires	20 études (24–27,29,32,34–36,38,40,42,47,51,70,71,76–78,81)
Base de données	4 études <sup>(28,44,73,82)</sup>
Associations de patients, sites internet, groupes Facebook	6 études <sup>(30,50,53,57,58,62)</sup>
Soins primaires et autres (associations de patients ou population générale )	2 études <sup>(65,75)</sup>
En population générale uniquement	1 étude <sup>(41)</sup>

Les critères de recrutement pour chacune des études étaient variés. Toutefois on peut noter que seules 4 études avaient une partie pédiatrique dans les populations étudiées (à partir de 12 ans <sup>(24–26)</sup> et à partir de 7 ans <sup>(76)</sup>).

Les différentes pathologies étudiées dans les articles sont présentées dans le tableau ci-dessous.

<b>Titres selon la CIM 10</b>	<b>Pathologies</b>	<b>Nombre d'articles</b>
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	- Hémophilie	1 étude (1,6%)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	- Diabète - Surpoids	7 études (10,9 %)
Troubles mentaux et du comportement	- Dépression	1 étude (1,6%)
Maladies du système nerveux	- Maladie de Parkinson - Céphalées chroniques - Maladie d'Alzheimer	4 études (6,3%)
Maladies de l'appareil circulatoire	- Insuffisance cardiaque - Cardiomyopathie - Coronaropathie - Hypertension artérielle	9 études (14%)
Maladies de l'appareil respiratoire	- BPCO - Asthme - Insuffisance respiratoire sévère - Sinusite - Rhinite allergique	36 études (56,2%)
Maladies de l'appareil digestif	- Maladies inflammatoires de l'intestin - Syndrome de l'intestin irritable - Maladie coeliaque	6 études (9,3%)
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	- Goutte - Polyarthrite rhumatoïde - Arthrite - Lupus	5 études (7,8%)

Certaines études ont étudié des patients ayant une ou plusieurs pathologies. C'est majoritairement des pathologies respiratoires et ORL qui ont été évaluées en soins primaires.

#### 3.1.3.5. Validité interne et externe

Les revues, dont sont issues les études, avaient un impact factor (IF) dispersé entre 0,622 et 12,6. La plupart des revues avaient un IF entre 2 et 4.

L'échelle de Downs and Black a été utilisée pour évaluer la validité des études incluses. Seuls 10 items ont été retenus pour l'évaluation des études observationnelles. Le score de Downs and Black moyen était de 20/27 pour les études interventionnelles et de 8,6/10 pour les études observationnelles.

Concernant les critères de la HAS, la plupart des études, étant observationnelles transversales, avait un niveau de preuve selon la HAS de niveau C et de grade 3 ou 4 ce qui est le cas pour 42 études. Un niveau de preuve HAS niveau 2 a été retrouvé pour 22 études sélectionnées.

#### 3.1.4. Échelles de QDV utilisées

Cette étude met en évidence l'utilisation de 35 échelles différentes lors des essais cliniques réalisés en soins primaires. La classification de la CIM 10 a été utilisée pour classer les échelles de qualité de vie spécifiques en fonction des pathologies auxquelles elles étaient associées. Les différentes caractéristiques des échelles ont été collectées à partir des données qui étaient disponibles gratuitement et sans nécessité d'inscription.

Titres selon la CIM 10	Pathologies	Echelles spécifiques (Dates de création )	Nombre de domaines	Types de domaines	Nombre d'items	Temps d'exécution	Autoévaluation (AE) et/ou Hétéroévaluation (HE)	Version validée en français
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	Hémophilie	Haem-A-QoI (2005)	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Diabète	Audit of Diabetes Dependent Quality of Life (ADDQOL 19) (2006)	19	Loisirs, vie professionnelle, déplacements, vacances, aptitude physique, vie familiale, vie sociale, relations sentimentales, vie sexuelle, apparence physique, confiance en soi, motivation, réaction des autres, sentiment sur l'avenir, situation financière, conditions de vie, dépendance aux autres, liberté de manger, liberté de boire	21	NC	Autoévaluation	oui
		Diabetes Quality of life - Brief Clinical Inventory (DQOL-BCI) (2006)	3	Satisfaction, impact de la maladie, inquiétudes	15	moins de 10 min	Hétéroévaluation	
		Diabetes health profile (DHP) (2000)	3	souffrance psychologique, obstacles aux activités, désinhibition alimentaire	32 (DID) 18 (DNID)	NC	Hétéroévaluation	oui
	Surpoids	BODY Q (2012)	23	Difficultés psychologiques liées à l'apparence physique, image corporelle, attentes esthétiques, fonction physique, symptômes physiques, fonction sexuelle, fonction sociale, satisfaction à propos de votre ventre, satisfaction à propos de vos bras, satisfaction à propos de votre dos, satisfaction à propos de votre corps,	179	20 min	Autoévaluation (patient plus de 18 ans) ou Hétéroévaluation	oui

				satisfaction à propos de vos fesses, satisfaction à propos de votre poitrine, satisfaction à propos de vos hanches et de la face externe de vos cuisses, satisfaction à propos de la face interne de vos cuisses, satisfaction à propos de vos mamelons, évaluation des cicatrices, évaluation de l'excès de peau, évaluation des vergetures, satisfaction au sujet de votre médecin/chirurgien, satisfaction à propos de la qualité de l'information reçue, satisfaction au sujet de l'équipe médicale, satisfaction au sujet de l'équipe des secrétaires				
		Impact of weight on quality of life (IWQoL-Lite) (2001)	5	fonction physique, estime de soi, vie sexuelle, détresse sociale, travail	31	3 min	Autoévaluation	oui
Troubles mentaux et du comportement	Dépression	Quality of life depression scale (1992)	NC	NC	34	NC	Autoévaluation	oui
Maladies du système nerveux	Maladie de Parkinson	Parkinson disease questionnaires 39 (PDQ39) (1995)	8	Mobilité, activité, vie quotidienne, bien être affectif, gêne psychologique, soutien social, troubles cognitifs, communication, inconfort physique	39	NC	Hétéroévaluation	oui
		Parkinson disease questionnaires 8 (PDQ 8) (1997)	NC	8 items les plus représentatifs de la PDQ 39 ( échelle qui a les mêmes performances que la PDQ 39 )	8	NC	Hétéroévaluation	oui
	Céphalées chroniques	Chronic headache quality of life questionnaires (CHQLQ) (2021)	3	Prévention des rôles, restriction des rôles et fonction émotionnelle	14	NC	Hétéroévaluation	non

		Headache impact test (HIT-6) (2003)	1	Capacités fonctionnelles	6	NC	Hétéroévaluation	oui
	Maladie d'Alzheimer	Quality of Life-Alzheimer's disease questionnaire (QoL-AD) (1996)	5	Les relations interpersonnelles, les difficultés financières, la condition physique, la mémoire, l'humeur et la santé générale	13	quelques minutes	Hétéroévaluation	oui
Maladies de l'appareil circulatoire	Insuffisance cardiaque	Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (1984)	2	Dimension physique et émotionnelle (+ 8 items pour le calcul du score total non inclus dans ces dimensions)	21	NC	Autoévaluation	oui
	Cardiomyopathie	Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) (2000)	5	Limitations physiques, symptômes, auto-efficacité et connaissances, qualité de vie, limitation sociale	23	4 à 6 min	Autoévaluation	oui
	Coronaropathie	HeartQoL questionnaire (2014)	2	Dimension physique et émotionnelle	14	NC	Hétéroévaluation	oui
	Hypertension artérielle	Bulpitt Fletcher (1990)	3	Le bien-être physique, le bien-être psychologique et la perception des effets du traitement antihypertenseur sur la vie quotidienne	46	NC	Autoévaluation	NC
		MINICHAL (2002)	2	Santé mentale, manifestations somatiques (+ 1 questionnaire général sur la QDV)	16	NC	Autoévaluation	NC
		Distress scale for patients with diabetes mellitus and/ or hypertension (DSDH17 M) (2016)	4	La détresse associée à la charge émotionnelle, au plan de soins, aux facteurs interpersonnels et aux soins médicaux reçus	17	NC	Autoévaluation	NC

Maladies de l'appareil respiratoire	BPCO	St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) (1991)	3	Symptômes, activités, impact sur la vie quotidienne	50	10-20 minutes	Autoévaluation	oui
		COPD assessment test (CAT) (2009)	1	Impact de la BPCO sur la santé, le bien-être et la qualité de vie du patient au quotidien	8	3-4	Autoévaluation	oui
		COPD control questionnaire (CCQ) (2003)	3	Symptômes, aspects fonctionnels, aspects psychologiques ( santé mentale )	10	NC	Autoévaluation	oui
		CRQ (chronic respiratory questionnaire) et chronic respiratory questionnaire self administered short version (CRQ SAS) (1987)	4	Dyspnée, fatigue, fonction émotionnelle, sentiment de maîtrise de la maladie	20	De 8 min (HE) à 16 min (AE)	Autoévaluation ou Hétéroévaluation	oui
		Airways Questionnaire 20 ( AQ 20 ) (1997)	1	Unidimensionnel	20	2 minutes	Autoévaluation	oui
	Asthme	Mini asthma Quality of Life Questionnaire (Mini AQLQ) (1999)	4	Symptômes, activités, émotions, environnement	15	4-5 minutes	Autoévaluation	oui
		Pediatric asthma quality of life questionnaire (PAQLQ) (Date NC)	3	Symptômes, activités, émotions	23	NC	Autoévaluation ou Hétéroévaluation(fo nction de l'âge de l'enfant)	oui

	Insuffisance respiratoire sévère	Severe respiratory insufficiency questionnaire (SRI questionnaire) (2003)	7	Plaintes respiratoires, fonctionnement physique, symptômes des accompagnants et sommeil, relations sociales, anxiété, bien-être psychologique et fonctionnement social.	49	NC	Autoévaluation	oui
	Sinusite	Sino-Nasal Outcomes Test-20 (SNOT-20) (1996)	1	Unidimensionnel	20	10 minutes	Autoévaluation	oui
		Rhinosinusitis quality of life survey (RhinoQol) (2005)	2	Impact des symptômes, sévérité des symptômes	14	NC	Hétéroévaluation	oui
	Rhinite	Mini Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (version originale publiée en 1991)	5	Limitation d'activité, problèmes concrets, symptômes au niveau du nez, symptômes au niveau des yeux, autres symptômes.	14	NC	Autoévaluation	oui
Maladies de l'appareil digestif	Maladies inflammatoires de l'intestin	Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (SIBDQ)	4	Symptômes digestifs, symptômes systémiques, troubles émotionnels, fonction sociale	10	NC	Autoévaluation	oui
		Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) (1989)	4	Symptômes digestifs, symptômes systémiques, troubles émotionnels, fonction sociale	32	NC	Hétéroévaluation	oui
	Syndrome de l'intestin irritable	Irritable Bowel Syndrome Quality of	9	Emotions, santé mentale, sommeil, énergie, fonctionnement physique,	30	NC	Autoévaluation	oui

		Life (IBS-QOL) (1995-1996)		nourriture, rôle social, rôle physique, relations sexuelles.				
	Maladie coeliaque	Coeliac disease QOL (CD QOL) (2009)	4	Limitations, dysphorie, problèmes de santé, traitement inadéquat +1 question sur la QDV globale des patients	21	NC	Autoévaluation	oui
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Goutte	Gout impact scale (GIS) (2008)	5	Préoccupation générale, effets secondaires des médicaments, besoin de traitement non satisfait, bien-être pendant la crise et préoccupation concernant la crise	24	NC	Autoévaluation	oui
	Polyarthrite rhumatoïde	Health assessment questionnaire (HAQ) (1978)	8	Habillement, soins corporels, se lever, les repas, la marche, hygiène, attraper, préhension, autres activités	20	NC	Autoévaluation	oui
	Arthrite	Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS) (1992)	9	Mobilité, activité physique, dextérité, activités de la vie quotidienne, charge domestique, activité sociale, anxiété, dépression et douleur	45	NC	Autoévaluation	oui
	Lupus	LupusQOL (2007)	8	Fonctionnement physique, douleur, image de soi, état émotionnel, fatigue, relations sexuelles, planification et responsabilité à l'égard des autres	34	NC	Autoévaluation	oui

Les études sélectionnées utilisent 35 échelles spécifiques différentes pour évaluer la qualité de vie des patients en fonction de leurs pathologies.

A noter que 34 études utilisaient des échelles spécifiques et génériques pour mesurer la QDV liée à la santé. Certaines échelles sont utilisées dans leur version complète ou dans leur version courte. D'autres échelles sont parfois légèrement modifiées pour que les patients puissent eux même y répondre sans l'aide d'un professionnel de santé ( CRQ-SAS ).

### 3.1.5. Résultats des études

Tous les articles tendent vers les mêmes résultats. En effet, ils montrent une diminution de la QDV liée à la santé chez les patients atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques.

## 3.2. Analyse qualitative des résultats

### 3.2.1. Caractéristiques des médecins répondeurs

4 médecins généralistes installés dans les Hauts-de-France ont répondu aux questions de la partie qualitative de cette étude. Ces médecins sont conventionnés secteur 1. Trois d'entre eux exercent dans une zone sous dense, répertoriée zone d'action complémentaire.

### 3.2.2. Réponses obtenues

#### 3.2.2.1. Première question

Voici les différentes réponses obtenues pour la première question qui était : Que pensez-vous des résultats de cette revue systématique de la littérature ?

**Médecin n°1** : *“Travail bien hiérarchisé et bien documenté, facilitant la lecture et la compréhension.”*

**Médecin n°2** : *“Cette étude systématique de la littérature montre qu’il existe une pléthore d’échelles différentes, principalement liées à la qualité de vie des patients souffrant d’une pathologie ou affection précise.”*

**Médecin n°3** : *“Cette revue met en lumière un élément qui me semblait exister et qui est clair maintenant: il y a TROP d’échelles de qualité de vie! Même pour une pathologie il y en a plusieurs (cf la BPCO). De ce fait la situation devient illisible pour les non spécialistes de la pathologie étudiée”*

**Médecin n°4** : *“Cette revue est intéressante car elle montre que la qualité de vie est importante à évaluer pour faire le bilan d’une pathologie chronique et mesurer l’impact sur le vécu.”*

#### 3.2.2.2. Deuxième question

Voici les différentes réponses obtenues pour la première question qui était : Parmi les échelles étudiées, laquelle vous semblerait la plus adaptée à utiliser lors des consultations de médecine générale ?

**Médecin n°1** : *“Personnellement, je n’ai pas d’échelle spécifique qui me semble pertinente mais plutôt un choix dans un domaine d’activité peu inventorié par les spécialistes d’organes. Par exemple, la BPCO me semble un sujet particulièrement intéressant, par la fréquence de prise en charge en médecine générale, la longueur d’évolution de la maladie, et du peu d’examen complémentaire effectué en médecine*

*générale. Les questionnaires de qualité de vie dans ce domaine permettraient plus facilement d'isoler des patients ayant un impact important sur leur qualité de vie, sans parfois qu'ils s'en rendent compte. Un patient peut n'avoir que peu de plaintes alors qu'il ne marche plus, ne monte plus escalier, n'a aucune activité physique, mais ne ressent pas de gêne. L'évaluation fine de sa situation par une échelle adaptée permettrait à la fois d'interpeller le médecin et d'avoir un impact positif sur la prévention.*

*L'évaluation par les échelles de qualité de vie me semble assez rare en médecine générale. Personnellement j'ai eu accès à ces échelles par la réalisation d'études cliniques. Pour que les MG puissent les utiliser, elles se doivent d'être simples, rapides à faire, afin d'inciter à une utilisation plus large."*

**Médecin n°2 :** *"L'utilisation des échelles est surtout intéressante à mon sens afin de pouvoir quantifier de manière la plus objective possible, une donnée qui est tout à fait subjective à savoir la qualité de vie d'un patient, ce qui est principalement utile pour la réalisation d'études cliniques.*

*Ces échelles peuvent être intéressantes dans un suivi d'une pathologie chronique spécifique. Mais au niveau de la pratique courante, cela soulève plusieurs questions. En effet, la qualité de vie d'un patient ne dépend pas uniquement de sa pathologie chronique, stabilisée ou non, mais également de plusieurs facteurs socio-environnementaux.*

*Que répondre aux patients qui viennent nous consulter pour une altération de leur qualité de vie? On leur fait remplir un questionnaire pour leur répondre : 'selon les questionnaires, votre qualité de vie est similaire à celle d'avant, vous venez pour rien'. Ou bien encore, 'on vient de remplir un questionnaire pendant 20 minutes qui*

*montre qu'effectivement vous avez une altération de votre qualité de vie comme vous le pensiez, mais on a plus de temps pour y répondre.'*

*En effet, l'utilisation des questionnaires même les plus courts restent chronophage (exemple BODY Q comprenant 55+84+40 questions en 3 parties) et difficile à intégrer dans une consultation dynamique. Est-ce que le patient devrait remplir le questionnaire chez lui avant la consultation ? Mais dans ce cas, quel questionnaire utiliser sans savoir exactement la pathologie dont il est question (impossibilité de délégation à un secrétariat) ? Nous soignons de plus en plus de patients polyopathologiques qui ne peuvent pas rentrer dans des cases spécifiques. Les seuls questionnaires utilisables en pratique courante sont les plus courts comme le PDQ-8 pour le parkinson, le CAT pour la BPCO, par exemple."*

**Médecin n°3 :** *"La SGRQ qui semblait montrer un intérêt pour discriminer les stades de la BPCO, mais je ne sais pas si elle est simple d'utilisation"*

**Médecin n°4 :** *"L'utilisation de ces échelles semble difficilement applicable dans la pratique quotidienne puisqu'il y a déjà beaucoup à faire dans l'interrogatoire avec les antécédents personnels, familiaux, etc ... Il est important de ne pas trop en rajouter pour ne pas surcharger la consultation et le médecin qui consulte. Cependant, rajouter une à deux questions bien ciblées extraites de ces questionnaires de qualité de vie peut apporter un plus. L'exemple le plus prégnant est celui de la BPCO pour lequel pas mal d'études ont été retrouvées. D'ailleurs le score GOLD conditionne l'octroi de l'ald, et le GOLD purement spirométrique ne suffit pas pour soigner et faire adhérer à un programme de réhabilitation respiratoire etc."*

*Les comorbidités, la SF-12, le vécu psychologique, les questionnaires de qualité de vie sont utiles. La qualité de vie renvoie au vécu et à l'histoire de la personne aussi à l'histoire de son entourage, de sa famille. Quelques questions bien choisies peuvent faire émerger la pointe de l'impact sur leur perception de leur santé, leur qualité de vie.”*

## 4. Discussion

### 4.1. Résultats principaux

Cette revue de littérature a permis de sélectionner 64 articles mesurant la QDV liée à la santé en soins primaires chez des patients ayant des maladies chroniques. 35 échelles spécifiques différentes ont été utilisées concernant 23 pathologies chroniques, inscrites, pour 13 d'entre elles, au tableau des affections longue durée exonérantes (87).

#### 4.1.1. Facteurs influençant la QDV liée à la santé

##### 4.1.1.1. Chez les patients ayant une pathologie chronique

Les études incluses montrent une diminution de la QDV liée à la santé chez les patients ayant des pathologies chroniques. Plusieurs facteurs influencent cette QDV liée à la santé, notamment la présence de comorbidités (24–26,33,34,37–39,45,51,52,54,63,64,70,75), la sévérité de la maladie (24–26,29,45,46,49,55,56,62,64,77) ou la présence d'épisodes aigus (5,41,45,48,55). Ces résultats sont cohérents avec la littérature pour les patients polyopathologiques (88–90), pour la sévérité de la maladie (91) et pour la présence d'épisodes aigus (92–94).

#### 4.1.1.2. Polymédication et observance

La polymédication a un effet négatif sur la QDV liée à la santé (31,47,84), ce qui a déjà été montré (95–97). Quant à l'observance des traitements, elle n'a pas montré d'influence sur la QDV liée à la santé chez des patients ayant une BPCO (59). Il a été prouvé que les patients ayant une meilleure qualité de vie étaient plus observants (98), sans que ces résultats soient retrouvés dans une revue de littérature (99), montrant l'interaction complexe qui existe entre ces deux paramètres et la difficulté à mesurer l'observance thérapeutique.

#### 4.1.1.3. Facteurs sociodémographiques et géographiques

D'autres facteurs sociodémographiques tels que le genre, l'âge ou le niveau d'éducation ont une influence sur la QDV liée à la santé (34,41,44,45,49,51–53,55,63,68,69,73,79), ce qui a déjà été étudié par le passé (100,101). Cela confirme que la QDV liée à la santé devrait être un paramètre à prendre en compte dans les décisions thérapeutiques (102).

Compte tenu de l'impact des facteurs sociodémographiques sur la QDV liée à la santé, les résultats obtenus en Europe sont difficilement extrapolables à des patients résidant en Asie ou en Afrique. Cette revue de littérature n'a mis en évidence que 3 études menées en Asie (56,58,71) et aucune en Afrique, montrant les disparités existantes dans ce champ de la recherche scientifique (12) et ce malgré la prévalence et le poids des maladies chroniques sur ces continents (103–105).

#### 4.1.2. Caractéristiques des échelles

Dans les études portant sur des patients ayant une BPCO, 5 échelles sont majoritairement utilisées. Cette variété d'échelle entraîne des problèmes pour le choix de l'échelle et l'établissement de normes comme déjà décrit (106,107). Toutefois, certaines particularités se dégagent. Le score CRQ mesuré initialement était le meilleur facteur prédictif pour estimer la QDV liée à la santé globale des patients ayant une BPCO 6 et 24 mois après la mesure initiale (67). Ce score a également montré une capacité à réagir aux changements dans le temps (75) et aux changements perçus par les patients (61). Le score SGRQ a une capacité discriminative concernant les stades de sévérité de la BPCO (5,29) ce qui n'est pas le cas des scores CCQ et CRQ (75). Les scores SGRQ et CAT ont montré une forte corrélation (64) qui n'est cependant pas retrouvée dans toutes les mesures (41). Il est à noter que le score CCQ a montré une meilleure faisabilité que le score CRQ (75). Ces différents paramètres sont à prendre en compte en vue de l'utilisation de ces échelles en médecine générale.

Les propriétés de certaines échelles ont été évaluées, telle que la réactivité au changement pour les échelles CHQLQ dans la céphalée chronique (60), Bulpitt Fletcher pour l'hypertension artérielle (36) et Rhinoqol pour la sinusite aiguë (40) ou encore la fiabilité test-retest pour l'échelle MINICHAL (36). L'échelle CHQLQ a montré une bonne acceptabilité.

La réactivité aux changements, la capacité discriminante, la fiabilité ou encore la validation de la traduction font partie des critères nécessaires aux outils d'évaluation

des “patient reported outcome” (résultats rapportés par les patients) (108), montrant ainsi la qualité des résultats présentés par les études sélectionnées.

Ces échelles permettent également un suivi au cours du temps de la QDV liée à la santé (60,75).

34 études incluses ont utilisé une ou plusieurs échelles génériques et une ou plusieurs échelles spécifiques pour mesurer la qualité de vie. Cette double mesure a permis de mettre en évidence une corrélation entre les mesures génériques et les mesures spécifiques de la QDV liée à la santé, sauf pour 3 études qui ont montré des discordances dans les scores de QOL chez des patients âgés (45,52,68) ce qui représente une partie minime des résultats.

#### 4.1.3. Intérêts des échelles spécifiques

##### 4.1.3.1. Dans l'évaluation

L'utilisation des échelles spécifiques permet de mesurer la QDV liée à la santé dans certains domaines particuliers permettant une plus grande précision dans l'évaluation de problématiques propres (106). Ainsi, l'ajout de 2 items à l'échelle générique EQ 5D 5L a permis d'augmenter les capacités prédictives et la sensibilité de cette échelle chez les patients ayant une hémophilie (58), sans que cela devienne une échelle validée à part entière. L'utilisation d'un item concernant l'impact émotionnel, symptomatique et social a permis d'augmenter la sensibilité de la mesure de la QDV liée à la santé chez les patients ayant des céphalées chroniques (60). L'utilisation d'échelles spécifiques permet aussi de distinguer précisément les dimensions de la QDV liée à la santé qui sont altérées (44,45,50).

L'échelle Parkinson disease questionnaire 8 (PDQ 8) (86) contient 2 items concernant la communication et la cognition permettant d'aborder des sujets qui ne font habituellement pas l'objet d'une évaluation par les professionnels de santé. Ces échelles peuvent donc être utilisées comme un outil de communication avec les patients (109).

#### 4.1.3.2. Dans l'adaptation des objectifs thérapeutiques

Plusieurs articles inclus montrent que les patients ayant une meilleure compréhension de leur maladie ou de meilleures capacités d'adaptation ont une QDV liée à la santé plus importante (27,51,66). Ainsi, l'expérience acquise par les patients permet d'améliorer leur QDV liée à la santé par exemple en ayant une meilleure maîtrise du régime sans gluten (57). Chez des patients ayant un diabète de type 2, c'est le sentiment de ne pas pouvoir être libre de manger qui est associé à une diminution de la QDV liée à la santé (101). Les programmes d'éducation thérapeutique permettent d'améliorer les compétences des patients et ainsi améliorer leur QDV liée à la santé, comme cela a été montré dans une population bénéficiant d'une ventilation mécanique (44). Cela souligne l'intérêt des programmes d'éducation thérapeutique adaptés aux besoins spécifiques des patients (110).

#### 4.1.4. Évaluation qualitative des résultats

Concernant l'évaluation qualitative de nos résultats, les quatre médecins généralistes interrogés disent que les résultats sont clairs et bien documentés. Un médecin souligne le fait que cette étude démontre que de très nombreuses échelles existent, entraînant un grand manque de lisibilité pour la pratique courante en soins primaires.

Pour ce qui est de l'utilisation de ces échelles en médecine générale, plusieurs éléments se dégagent. Premièrement, l'évaluation de la QDV liée à la santé semblerait pertinente notamment dans la BPCO puisqu'il s'agit d'une pathologie fréquente et pour laquelle des questionnaires courts existent. Faire une évaluation plus fine de la situation des patients permettrait d'adapter la prévention effectuée par le médecin généraliste. Toutefois, une plus grande lisibilité serait nécessaire pour savoir quelle échelle utiliser. Deuxièmement, les échelles de QDV liées à la santé sont peu utilisées par les médecins interrogés. Les raisons évoquées sont la longueur des questionnaires, le manque de connaissance et de disponibilité des outils ou encore la difficulté à les intégrer dans une consultation. Tout cela indique que ces échelles doivent être courtes, rapides à effectuer et simples de compréhension.

#### 4.1.5. Mise à jour des résultats

Depuis la fin de cette étude, une mise à jour des résultats dans les moteurs de recherche, en utilisant la même équation de recherche, a été réalisée en date du 28 octobre 2024. Cette mise à jour a révélé l'ajout de 330 articles supplémentaires dans PubMed, 156 dans la base de données Lissa et 185 dans Google Scholar, par rapport aux résultats relevés le 2 octobre 2023. Ces données soulignent l'intérêt croissant pour les recherches axées sur la qualité de vie et la nécessité de mises à jour régulières pour assurer un état des connaissances toujours actuel dans ce domaine.

## 4.2. Validité interne

### 4.2.1. Types d'études

Seules 9 études étaient interventionnelles et aucune d'entre elles n'a été réalisée en aveugle. Cela était rendu impossible par la nature des interventions : activité physique (28,43,77,81), outil de télémédecine (50,80), outil d'évaluation (42) et éducation thérapeutique (65). Cela diminue ainsi leur validité interne. La majorité des études étaient observationnelles transversales ayant donc un faible niveau de preuve selon la HAS.

### 4.2.2. Recrutement

La plupart des études ont reposé sur un recrutement aléatoire ce qui diminue le risque de biais de sélection. Toutefois, le recrutement via des groupes de patients (associations ou groupe facebook) ou par le volontariat peut biaiser les échantillons avec des patients qui sont potentiellement plus symptomatiques de leur maladie.

9 études ont fixé une limite supérieure pour l'âge d'inclusion des patients (5,31,32,34,36,54,64,65,75), ce qui restreint la représentativité des échantillons.

La taille de certains échantillons était très modeste, limitant la validité interne de ces études.

### 4.2.3. Méthode

Les méthodes des articles présentés étaient en adéquation avec les objectifs principaux.

La réalisation d'analyses multivariées dans la plupart des études a permis d'ajuster les résultats sur des facteurs de confusion éventuels limitant le biais de confusion.

Les résultats étaient significatifs et concordants avec la littérature renforçant la validité interne de cette revue.

#### 4.2.4. Évaluation de la validité interne

La validité interne a également été évaluée par la réalisation de l'échelle de Downs and Black. Le score de Downs and Black moyen était de 20/27 pour les études interventionnelles, ce qui montre un bon niveau de validité interne. Pour les études observationnelles, le score de Downs and Black moyen était de 8,6/10, ce qui dénote aussi un bon niveau de validité interne des articles.

#### 4.2.5. Biais

Afin de limiter les biais de sélections relatifs aux revues de littérature nous avons exclus les méta analyses et les autres revues afin de ne pas méconnaître d'autres études.

Un biais de publication est présent puisque dans cette étude, le choix a été fait de ne pas intégrer les articles présents dans la littérature grise alors que certaines études auraient pu correspondre à nos critères d'inclusion.

Afin de faciliter l'analyse, seuls les articles en français et en anglais ont été inclus. Nous avons donc peut-être exclu des recherches pertinentes qui ont été réalisées dans d'autres langues.

### 4.3. Validité externe

Il s'agit, à notre connaissance, de la première revue de littérature étudiant l'utilisation des échelles de qualité de vie en soins primaires chez des patients ayant une maladie chronique.

En 2004, une revue de la littérature (22) a été réalisée sur la mesure de la qualité de vie chez des patients ayant plusieurs maladies chroniques en soins primaires. Les patients n'ayant qu'une seule pathologie chronique étaient exclus. En 2019, Makovski a réalisé une méta analyse (6) sur la qualité de vie chez des patients polypathologiques. Une grande partie des études incluses comportait une population recrutée en dehors de l'hôpital, dans un contexte proche des soins primaires sans que cela soit un critère d'inclusion. Ces deux articles ont confirmé que la présence de plusieurs maladies chroniques diminuait la QDV liée à la santé. Une autre revue a étudié la qualité de vie chez des patients âgés de 40 à 65 ans ayant plusieurs comorbidités (111), montrant également une diminution de la QDV liée à la santé du fait de la présence de pathologies chroniques. Aucune de ces trois revues n'a inclus des patients ayant une seule pathologie chronique.

Plusieurs revues ont été réalisées pour étudier la qualité de vie chez des patients atteints de certaines maladies chroniques (112), les paramètres influençant la QDV liée à la santé (94,113) ou l'impact de la polymédication sur la QDV liée à la santé (97). Elles montrent une diminution de la QDV liée à la santé chez les patients diabétiques et ceux ayant une insuffisance rénale chronique. La QDV liée à la santé dépend aussi de plusieurs facteurs liés à la maladie, au mode de vie ou à des

facteurs psychologiques. Quant à la polymédication, elle est responsable d'une diminution de la QDV liée à la santé.

Certaines revues ont recensé les échelles de QDV liée à la santé utilisées chez les patients diabétiques (106) ou chez les patients âgés (114).

Aucune de ces études ne traitait de l'utilisation des échelles de QDV liée à la santé chez les patients atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques dans un contexte de soins primaires.

A noter que le recrutement de certains patients sur la base du volontariat diminue la validité externe des études car l'échantillon est possiblement non représentatif de la population cible.

#### 4.4. Limites de l'étude

Avant tout, la majorité des articles a été publiée dans des revues avec un faible impact factor, montrant que la recherche en soins primaires n'est que peu présente dans les revues ayant une grande visibilité. Une autre faiblesse est la prédominance des études observationnelles ayant un faible niveau de preuve.

Il est à noter que, pour certaines études, le recrutement a été fait de façon minoritaire en soins secondaires biaisant la représentativité des échantillons pour les soins primaires. Nous n'avons pas complété cette recherche par un travail approfondi sur les différentes échelles retrouvées.

Par ailleurs, il s'agit de la première revue de littérature des investigateurs. Certaines erreurs dans les premières étapes de sélection et lors de l'évaluation des articles par l'échelle Downs and Black ont pu être commises du fait du manque d'expérience. Concernant la grille PRISMA, il n'y a pas eu d'évaluation des biais des articles inclus ni de mesure de l'effet. Certaines erreurs ont pu être commises lors de l'évaluation selon cette grille.

#### 4.5. Forces de l'étude

La première force de cette étude est qu'il s'agit de la première revue de littérature portant sur la mesure de la QDV liée à la santé en soins primaires chez les patients ayant des maladies chroniques. L'autre force de cette étude est que la qualité de vie était l'objectif principal dans un grand nombre d'articles étudiés. La diversité des pathologies étudiées est représentative de la patientèle présente en soins primaires (4,8) puisque parmi les 23 pathologies chroniques étudiées 13 sont inscrites au tableau des affections longue durée exonérantes (87).

Les équations de recherche ont permis une sélection initialement large grâce à la prise en compte de différents termes pour exprimer la QDV liée à la santé.

La grille PRISMA a été en grande partie respectée avec un score de 18/27, sachant que les numéros 13-14-20-21 sont relatifs aux méta analyses.

Cette revue de littérature a été réalisée par deux investigateurs indépendants en aveugle avec un lever de discordance par tierce personne si nécessaire. L'application de cette méthodologie a permis de limiter les biais de sélection. La validité interne, externe et la puissance des études incluses ont été évaluées au moyen de l'échelle Downs and Black.

## 4.6. Perspectives pour la médecine générale

La mesure de la QDV liée à la santé chez les patients ayant des maladies chroniques présente de réels intérêts thérapeutiques et devrait être réalisée de façon courante pour améliorer les pratiques en soins primaires. Toutefois par manque de temps et de connaissance ces outils semblent, aujourd'hui, difficilement utilisables par les médecins généralistes.

Il serait important de préciser quelles sont les échelles les plus pertinentes en fonction des pathologies et d'étudier les seuils de significativité des scores ainsi que leurs modalités d'administration, leur acceptabilité, leur sensibilité et leur spécificité pour différents groupes de patients. Mieux connaître ces échelles permettrait de mettre en place des recommandations afin de favoriser leur diffusion auprès des professionnels de santé et des patients. Par exemple pour la BPCO, il serait intéressant de trouver un consensus pour savoir quels sont les questionnaires utiles en médecine générale.

Certaines pathologies n'ont pas d'échelles de QDV liée à la santé spécifiques. La création de questionnaires spécifiques pourrait être envisagée et encouragée. En vue d'une plus grande précision, un travail d'adaptation culturelle et linguistique pourrait être mené afin de mieux répondre aux besoins de populations spécifiques.

Dans les suites, l'utilisation de ces outils devra être évaluée afin de quantifier leur impact sur la qualité de soins et les décisions thérapeutiques. Mener plus largement la recherche sur la QDV liée à la santé permettrait d'inclure cette variable dans l'évaluation des technologies en santé et des traitements, afin que les

recommandations et les politiques de santé répondent de façon plus précise aux demandes et aux besoins des patients.

## 5. Conclusion

La qualité de vie liée à la santé s'est imposée dans la recherche dans les suites de l'émergence des maladies chroniques, devenant un critère indispensable pour l'évaluation des soins. Cette revue a retrouvé 35 échelles spécifiques différentes sans, toutefois, couvrir toutes les pathologies rencontrées fréquemment en médecine générale. Les articles montrent que les patients ayant une ou plusieurs maladies chroniques en soins primaires ont une QDV liée à la santé dégradée. Les échelles spécifiques permettent d'identifier plus précisément les besoins et les attentes des patients ouvrant la voie à une adaptation plus fine des prises en charge médicales. Pour que la QDV liée à la santé devienne un outil d'évaluation à part entière, il faudrait poursuivre les recherches pour convenir d'un consensus et vérifier la faisabilité de ces échelles en pratique courante.

## 6. Bibliographie

1. Roser M, Ortiz-Ospina E, Ritchie H. Life Expectancy. Our World Data [Internet]. 23 mai 2013 [cité 30 août 2023]; Disponible sur: <https://ourworldindata.org/life-expectancy>
2. Riley JC. Estimates of Regional and Global Life Expectancy, 1800–2001. *Popul Dev Rev.* 2005;31(3):537-43.
3. Arffman M, Hakkarainen P, Keskimäki I, Oksanen T, Sund R. Long-term and recent trends in survival and life expectancy for people with type 1 diabetes in Finland. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 1 avr 2023 [cité 24 août 2023];198. Disponible sur: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(23\)00055-4/fulltext](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(23)00055-4/fulltext)
4. Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée [Internet]. CNAM; 2024 juill [cité 14 sept 2024]. (Point de repère). Report No.: 54. Disponible sur: [https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024-07\\_beneficiaires-ald\\_points-de-repere-54\\_assurance-maladie.pdf](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024-07_beneficiaires-ald_points-de-repere-54_assurance-maladie.pdf)
5. Perez T, Serrier P, Pribil C, Mahdad A. BPCO et qualité de vie : impact de la maladie en médecine générale en France. *Rev Mal Respir.* janv 2013;30(1):22-32.
6. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 1 août 2019;53:100903.
7. HAS. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e\\_version\\_format2clics-a\\_patient\\_mc\\_300414.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e_version_format2clics-a_patient_mc_300414.pdf)
8. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses [Internet]. 2023 juill [cité 9 juill 2024] p. 19;134. Disponible sur: [https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2023-07\\_rapport-propositions-pour-2024\\_assurance-maladie.pdf](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf)
9. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* avr 1993;2(2):153-9.
10. Constitution de l'OMS [Internet]. 1948 [cité 13 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
11. Ninot G. La qualité de vie liée à la santé dans les maladies chroniques. In: Bacro F, éditeur. *La qualité de vie : Approches psychologiques* [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2019 [cité 22 juill 2023]. p. 117-37. (Psychologies). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pur/61283>
12. Zheng S, He A, Yu Y, Jiang L, Liang J, Wang P. Research trends and hotspots of health-related quality of life: a bibliometric analysis from 2000 to 2019. *Health Qual Life Outcomes.* 23 avr 2021;19(1):130.
13. Comprendre l'évaluation des technologies de santé à la Haute Autorité de santé (HAS) [Internet]. 2022 [cité 9 juill 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/has\\_82\\_outils\\_formation\\_usagers\\_ets.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-11/has_82_outils_formation_usagers_ets.pdf)
14. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie. nov 2018 [cité 9 mars 2023]; Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/note\\_de\\_synthese\\_place\\_de\\_la\\_qualite\\_de\\_vie.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/note_de_synthese_place_de_la_qualite_de_vie.pdf)
15. Déclaration d'Alma-Ata.pdf [Internet]. [cité 19 août 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/347880/WHO-EURO-1978-3938-43697-61473-fre.pdf?sequence=1>
16. World health organization, éditeur. A VISION FOR PRIMARY HEALTH CARE IN THE 21ST CENTURY [Internet]. 2018 [cité 10 juill 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?seq>

uence=1&isAllowed=y

17. Romero M, Vivas-Consuelo D, Alvis-Guzman N. Is Health Related Quality of Life (HRQoL) a valid indicator for health systems evaluation? SpringerPlus. 11 déc 2013;2(1):664.
18. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res.* 1 oct 2019;28(10):2641-50.
19. Baumstarck K, Leroy T, Boyer L, Auquier P. Intérêts et limites de l'évaluation de la qualité de vie dans le champ des maladies chroniques. *Mot Cérébrale Réadapt Neurol Dév.* mars 2015;36(1):24-30.
20. Greenhalgh J, Long AF, Flynn R. The use of patient reported outcome measures in routine clinical practice: lack of impact or lack of theory? *Soc Sci Med* 1982. févr 2005;60(4):833-43.
21. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Fam Pract.* 9 janv 2018;19:11.
22. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes.* 20 sept 2004;2(1):51.
23. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health.* 1 juin 1998;52(6):377-84.
24. Canonica GW, Bousquet J, Mullol J, Scadding GK, Virchow JC. A survey of the burden of allergic rhinitis in Europe. *Allergy.* 2007;62 Suppl 85:17-25.
25. Mullol J. A survey of the burden of allergic rhinitis in Spain. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2009;19(1):27-34.
26. Schatz M. A survey of the burden of allergic rhinitis in the USA. *Allergy.* 2007;62 Suppl 85:9-16.
27. Munson GW, Wallston KA, Dittus RS, Speroff T, Roumie CL. Activation and perceived expectancies: correlations with health outcomes among veterans with inflammatory bowel disease. *J Gen Intern Med.* juill 2009;24(7):809-15.
28. Moy ML, Collins RJ, Martinez CH, Kadri R, Roman P, Holleman RG, et al. An Internet-Mediated Pedometer-Based Program Improves Health-Related Quality-of-Life Domains and Daily Step Counts in COPD: A Randomized Controlled Trial. *Chest.* juill 2015;148(1):128-37.
29. Wacker ME, Jörres RA, Karch A, Wilke S, Heinrich J, Karrasch S, et al. Assessing health-related quality of life in COPD: comparing generic and disease-specific instruments with focus on comorbidities. *BMC Pulm Med.* 2016;16:1-11.
30. Hecker J, Freijer K, Hiligsmann M, Evers S. Burden of disease study of overweight and obesity; the societal impact in terms of cost-of-illness and health-related quality of life. *BMC Public Health.* 2022;22(1):1-13.
31. Black JA, Long GH, Sharp SJ, Kuznetsov L, Boothby CE, Griffin SJ, et al. Change in cardio-protective medication and health-related quality of life after diagnosis of screen-detected diabetes: Results from the ADDITION-Cambridge cohort. *Diabetes Res Clin Pract.* juill 2015;109(1):170-7.
32. Sundh J, Janson C, Lisspers K, Montgomery S, Ställberg B. Clinical COPD Questionnaire score (CCQ) and mortality. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2012;7:833-42.
33. Yeo J, Karimova G, Bansal S. Co-morbidity in older patients with COPD--its impact on health service utilisation and quality of life, a community study. *Age Ageing.* janv 2006;35(1):33-7.
34. Sundh J, Ställberg B, Lisspers K, Montgomery SM, Janson C. Co-morbidity, body mass index and quality of life in COPD using the Clinical COPD Questionnaire. *COPD.* juin 2011;8(3):173-81.
35. Tamir O, De-Paz NS, Dvir D, Heymann AD. Comparing assessment of diabetes-related

- quality of life between patients and their physicians. *Health Qual Life Outcomes*. 19 nov 2018;16(1):214.
36. Jordan AN, Anning C, Wilkes L, Ball C, Pamphilon N, Clark CE, et al. Cross-cultural adaptation of the Spanish MINICHAL instrument into English for use in the United Kingdom. *Health Qual Life Outcomes*. 4 mars 2022;20(1):39.
  37. Weldam SWM, Lammers JWJ, Decates RL, Schuurmans MJ. Daily activities and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: psychological determinants: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 5 nov 2013;11:190.
  38. Omachi TA, Katz PP, Yelin EH, Gregorich SE, Iribarren C, Blanc PD, et al. Depression and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Med*. 2009;122(8):778. e9-778. e15.
  39. Urrf M, van den Berg JWK, Uil SM, Chavannes NH, Damoiseaux RAMJ. Depression and heart failure associated with clinical COPD questionnaire outcome in primary care COPD patients: a cross-sectional study. *NPJ Prim Care Respir Med*. 18 sept 2014;24:14066.
  40. Atlas SJ, Gallagher PM, Wu YA, Singer DE, Gliklich RE, Metson RB, et al. Development and validation of a new health-related quality of life instrument for patients with sinusitis. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. juin 2005;14(5):1375-86.
  41. Cherian M, Jensen D, Tan WC, Mursleen S, Goodall EC, Nadeau GA, et al. Dyspnoea and symptom burden in mild-moderate COPD: the Canadian Cohort Obstructive Lung Disease Study. *ERJ Open Res*. avr 2021;7(2):00960-2020.
  42. AH S, D K, G van B, NH C, MP R van M, HA K, et al. Effectiveness of the Assessment of Burden of COPD (ABC) tool on health-related quality of life in patients with COPD: a cluster randomised controlled trial in primary and hospital care. *BMJ Open*. juill 2016;6(7):e011519.
  43. Pihl E, Cider A, Strömberg A, Fridlund B, Mårtensson J. Exercise in elderly patients with chronic heart failure in primary care: effects on physical capacity and health-related quality of life. *Eur J Cardiovasc Nurs*. sept 2011;10(3):150-8.
  44. Markussen H, Lehmann S, Nilsen RM, Natvig GK. Factors associated with change in health-related quality of life among individuals treated with long-term mechanical ventilation, a 6-year follow-up study. *J Adv Nurs*. mars 2018;74(3):651-65.
  45. Watson L, Belcher J, Nicholls E, Chandratre P, Blagojevic-Bucknall M, Hider S, et al. Factors associated with change in health-related quality of life in people with gout: a 3-year prospective cohort study in primary care. *Rheumatol Oxf Engl*. 1 août 2023;62(8):2748-56.
  46. Monteagudo M, Rodríguez-Blanco T, Llagostera M, Valero C, Bayona X, Ferrer M, et al. Factors associated with changes in quality of life of COPD patients: a prospective study in primary care. *Respir Med*. oct 2013;107(10):1589-97.
  47. Brandl M, Böhmer MM, Brandstetter S, Finger T, Fischer W, Pfeifer M, et al. Factors associated with generic health-related quality of life (HRQOL) in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a cross-sectional study. *J Thorac Dis*. févr 2018;10(2):766-75.
  48. Miravittles M, Molina J, Naberan K, Cots JM, Ros F, Llor C, et al. Factors determining the quality of life of patients with COPD in primary care. *Ther Adv Respir Dis*. déc 2007;1(2):85-92.
  49. Lee V, Guthrie E, Robinson A, Kennedy A, Tomenson B, Rogers A, et al. Functional bowel disorders in primary care: factors associated with health-related quality of life and doctor consultation. *J Psychosom Res*. févr 2008;64(2):129-38.
  50. Khan F, Granville N, Malkani R, Chathampally Y. Health-Related Quality of Life Improvements in Systemic Lupus Erythematosus Derived from a Digital Therapeutic Plus Tele-Health Coaching Intervention: Randomized Controlled Pilot Trial. *J Med Internet Res*. 20 oct 2020;22(10):e23868.
  51. Sundh J, Wireklint P, Hasselgren M, Montgomery S, Ställberg B, Lisspers K, et al. Health-related quality of life in asthma patients - A comparison of two cohorts from 2005

- and 2015. *Respir Med.* nov 2017;132:154-60.
52. Chandratre P, Mallen C, Richardson J, Muller S, Hider S, Rome K, et al. Health-related quality of life in gout in primary care: Baseline findings from a cohort study. *Semin Arthritis Rheum.* août 2018;48(1):61-9.
  53. Moradkhani A, Beckman LJ, Tabibian JH. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: psychosocial, clinical, socioeconomic, and demographic predictors. *J Crohns Colitis.* 2013;7(6):467-73.
  54. Jones PW, Brusselle G, Dal Negro RW, Ferrer M, Kardos P, Levy ML, et al. Health-related quality of life in patients by COPD severity within primary care in Europe. *Respir Med.* janv 2011;105(1):57-66.
  55. Merino M, Villoro R, Hidalgo-Vega Á, Carmona C, Collaborative Working Group EPOC-Extremadura. Health-related quality of life of patients diagnosed with COPD in Extremadura, Spain: results from an observational study. *Health Qual Life Outcomes.* 30 déc 2019;17(1):189.
  56. Alwani AA, Singh U, Sankhyan S, Chandra A, Rai SK, Nongkynrih B. Hypertension-related distress and its associated factors: findings from an urban primary health centre of South Delhi, India. *J Fam Med Prim Care.* sept 2023;12(9):1885-92.
  57. Fueyo-Díaz R, Montoro M, Magallón-Botaya R, Gascón-Santos S, Asensio-Martínez Á, Palacios-Navarro G, et al. Influence of Compliance to Diet and Self-Efficacy Expectation on Quality of Life in Patients with Celiac Disease in Spain. *Nutrients.* 2 sept 2020;12(9):2672.
  58. Xu RH, Dong D, Luo N, Yang R, Liu J, Zhang S. Investigating the Added Value of the EQ-5D-5L With Two Bolt-On Items in Patients With Hemophilia. *Front Med.* 2021;8:707998.
  59. Boland MRS, van Boven JFM, Kruis AL, Chavannes NH, van der Molen T, Goossens LMA, et al. Investigating the association between medication adherence and health-related quality of life in COPD: Methodological challenges when using a proxy measure of adherence. *Respir Med.* janv 2016;110:34-45.
  60. Haywood KL, Achana F, Nichols V, Pearce G, Box B, Muldoon L, et al. Measuring health-related quality of life in chronic headache: A comparative evaluation of the Chronic Headache Quality of Life Questionnaire and Headache Impact Test (HIT-6). *Cephalalgia Int J Headache.* sept 2021;41(10):1100-23.
  61. Wyrwich KW, Metz SM, Kroenke K, Tierney WM, Babu AN, Wolinsky FD. Measuring patient and clinician perspectives to evaluate change in health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med.* févr 2007;22(2):161-70.
  62. Papapostolou G, Tunsäter A, Binnmyr J, Telg G, Roslind K. Patient perspectives on living with severe asthma in Denmark and Sweden. *Eur Clin Respir J.* 16 déc 2020;8(1):1856024.
  63. Peters-Klimm F, Kunz CU, Laux G, Szecsenyi J, Müller-Tasch T. Patient- and provider-related determinants of generic and specific health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in primary care: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 13 sept 2010;8:98.
  64. Jones PW, Brusselle G, Dal Negro RW, Ferrer M, Kardos P, Levy ML, et al. Patient-centred assessment of COPD in primary care: experience from a cross-sectional study of health-related quality of life in Europe. *Prim Care Respir J J Gen Pract Airw Group.* sept 2012;21(3):329-36.
  65. Ramallo-Fariña Y, Rivero-Santana A, García-Pérez L, García-Bello MA, Wägner AM, Gonzalez-Pacheco H, et al. Patient-reported outcome measures for knowledge transfer and behaviour modification interventions in type 2 diabetes-the INDICA study: a multiarm cluster randomised controlled trial. *BMJ Open.* 15 déc 2021;11(12):e050804.
  66. Weldam SWM, Lammers JWJ, Heijmans MJWM, Schuurmans MJ. Perceived quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients: a cross-sectional study in primary care on the role of illness perceptions. *BMC Fam Pract.* 3 août 2014;15:140.
  67. Siebeling L, Musoro JZ, Geskus RB, Zoller M, Muggensturm P, Frei A, et al. Prediction of

- COPD-specific health-related quality of life in primary care COPD patients: a prospective cohort study. *NPJ Prim Care Respir Med*. 28 août 2014;24:14060.
68. Gott M, Barnes S, Parker C, Payne S, Seamark D, Gariballa S, et al. Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age Ageing*. mars 2006;35(2):172-7.
  69. Feldman DE, Lévesque JF, Lemieux V, Tourigny A, Lavoie JP, Tousignant P. Primary Healthcare Organization and Quality-of-Life Outcomes for Persons with Chronic Disease. *Healthc Policy Polit Sante*. févr 2012;7(3):59-72.
  70. Söderlin MK, Kautiainen H, Skogh T, Leirisalo-Repo M. Quality of life and economic burden of illness in very early arthritis. A population based study in southern Sweden. *J Rheumatol*. sept 2004;31(9):1717-22.
  71. Wang DY, Ghoshal AG, Bin Abdul Muttalif AR, Lin HC, Thanaviratananich S, Bagga S, et al. Quality of Life and Economic Burden of Respiratory Disease in Asia-Pacific-Asia-Pacific Burden of Respiratory Diseases Study. *Value Health Reg Issues*. mai 2016;9:72-7.
  72. Rubin GP, Hungin APS, Chinn DJ, Dwarakanath D. Quality of life in patients with established inflammatory bowel disease: a UK general practice survey. *Aliment Pharmacol Ther*. 1 mars 2004;19(5):529-35.
  73. de Bock E, Filipe MD, Meij V, Oldenburg B, van Schaik FDM, Bastian OW, et al. Quality of life in patients with IBD during the COVID-19 pandemic in the Netherlands. *BMJ Open Gastroenterol*. juill 2021;8(1):e000670.
  74. Vetter ML, Wadden TA, Lavenberg J, Moore RH, Volger S, Perez JL, et al. Relation of health-related quality of life to metabolic syndrome, obesity, depression and comorbid illnesses. *Int J Obes* 2005. août 2011;35(8):1087-94.
  75. Reda AA, Kotz D, Kocks JWH, Wesseling G, van Schayck CP. Reliability and validity of the clinical COPD questionnaire and chronic respiratory questionnaire. *Respir Med*. nov 2010;104(11):1675-82.
  76. García-Marcos L, Carvajal Urueña I, Escribano Montaner A, Fernández Benítez M, García de la Rubia S, Tauler Toro E, et al. Seasons and other factors affecting the quality of life of asthmatic children. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2007;17(4):249-56.
  77. Altenburg WA, ten Hacken NHT, Bossenbroek L, Kerstjens HAM, de Greef MHG, Wempe JB. Short- and long-term effects of a physical activity counselling programme in COPD: a randomized controlled trial. *Respir Med*. janv 2015;109(1):112-21.
  78. Miravittles M, Naberan K, Cantoni J, Azpeitia A. Socioeconomic status and health-related quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration*. 2011;82(5):402-8.
  79. Bosch M, van der Weijden T, Grol R, Schers H, Akkermans R, Niessen L, et al. Structured chronic primary care and health-related quality of life in chronic heart failure. *BMC Health Serv Res*. 19 juin 2009;9:104.
  80. Hirani SP, Rixon L, Cartwright M, Beynon M, Newman SP, WSD Evaluation Team. The Effect of Telehealth on Quality of Life and Psychological Outcomes Over a 12-Month Period in a Diabetes Cohort Within the Whole Systems Demonstrator Cluster Randomized Trial. *JMIR Diabetes*. 1 sept 2017;2(2):e18.
  81. Dalal HM, Taylor RS, Jolly K, Davis RC, Doherty P, Miles J, et al. The effects and costs of home-based rehabilitation for heart failure with reduced ejection fraction: The REACH-HF multicentre randomized controlled trial. *Eur J Prev Cardiol*. févr 2019;26(3):262-72.
  82. Göttgens I, Darweesh SKL, Bloem BR, Oertelt-Prigione S. The impact of multiple gender dimensions on health-related quality of life in persons with Parkinson's disease: an exploratory study. *J Neurol*. nov 2022;269(11):5963-72.
  83. Bosboom PR, Alfonso H, Almeida OP, Beer C. Use of Potentially Harmful Medications and Health-Related Quality of Life among People with Dementia Living in Residential Aged Care Facilities. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*. janv 2012;2(1):361-71.
  84. Sapin C, Fantino B, Nowicki ML, Kind P. Usefulness of EQ-5D in assessing health status in primary care patients with major depressive disorder. *Health Qual Life Outcomes*. 5

- mai 2004;2:20.
85. Naveiro-Rilo JC, Diez-Juárez DM, Romero Blanco A, Rebollo-Gutiérrez F, Rodríguez-Martínez A, Rodríguez-García MA. Validation of the Minnesota living with heart failure questionnaire in primary care. *Rev Esp Cardiol.* déc 2010;63(12):1419-27.
  86. McAuliffe MJ, Baylor CR, Yorkston KM. Variables associated with communicative participation in Parkinson's disease and its relationship to measures of health-related quality-of-life. *Int J Speech Lang Pathol.* 2017;19(4):407-17.
  87. Article D160-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 8 oct 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031806122/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031806122/)
  88. Skou ST, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, Miranda JJ, et al. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primer.* 14 juill 2022;8(1):48.
  89. Liu X, Zhang J, Zhang S, Peng S, Pei M, Dai C, et al. Quality of life and associated factors among community-dwelling adults with multimorbidity in Shanghai, China: A cross-sectional study. *Nurs Open.* 27 mai 2023;10(8):5328-37.
  90. Gu J, Chao J, Chen W, Xu H, Zhang R, He T, et al. Multimorbidity and health-related quality of life among the community-dwelling elderly: A longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr.* janv 2018;74:133-40.
  91. Riihimäki K, Sintonen H, Vuorilehto M, Jylhä P, Saarni S, Isometsä E. Health-related quality of life of primary care patients with depressive disorders. *Eur Psychiatry.* sept 2016;37:28-34.
  92. Ritchie AI, Wedzicha JA. Definition, Causes, Pathogenesis, and Consequences of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations. *Clin Chest Med.* sept 2020;41(3):421-38.
  93. Hurst JR, Skolnik N, Hansen GJ, Anzueto A, Donaldson GC, Dransfield MT, et al. Understanding the impact of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations on patient health and quality of life. *Eur J Intern Med.* mars 2020;73:1-6.
  94. Guo J, Chen Y, Zhang W, Tong S, Dong J. Moderate and severe exacerbations have a significant impact on health-related quality of life, utility, and lung function in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *Int J Surg.* 1 juin 2020;78:28-35.
  95. Gebreyohannes EA, Gebresillassie BM, Mulugeta F, Dessu E, Abebe TB. Treatment burden and health-related quality of life of patients with multimorbidity: a cross-sectional study. *Qual Life Res.* 2023;32(11):3269-77.
  96. Sav A, King MA, Whitty JA, Kendall E, McMillan SS, Kelly F, et al. Burden of treatment for chronic illness: a concept analysis and review of the literature. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* juin 2015;18(3):312-24.
  97. Wilder LV. Polypharmacy and Health-Related Quality of Life/Psychological Distress Among Patients With Chronic Disease. *Prev Chronic Dis [Internet].* 2022 [cité 1 févr 2023];19. Disponible sur: [https://www.cdc.gov/pcd/issues/2022/22\\_0062.htm](https://www.cdc.gov/pcd/issues/2022/22_0062.htm)
  98. Moradkhani B, Mollazadeh S, Niloofar P, Bashiri A, Oghazian MB. Association between medication adherence and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Pharm Health Care Sci.* déc 2021;7(1):40.
  99. Ágh T, Dömötör P, Bártfai Z, Inotai A, Fujsz E, Mészáros Á. Relationship Between Medication Adherence and Health-Related Quality of Life in Subjects With COPD: A Systematic Review. *Respir Care.* févr 2015;60(2):297-303.
  100. Konieczny M, Cipora E, Sygit K, Fal A. Quality of Life of Women with Breast Cancer and Socio-Demographic Factors. *Asian Pac J Cancer Prev.* 1 janv 2020;21(1):185-93.
  101. Papazafiropoulou AK, Bakomitrou F, Trikallinou A, Ganotopoulou A, Verras C, Christofilidis G, et al. Diabetes-dependent quality of life (ADDQOL) and affecting factors in patients with diabetes mellitus type 2 in Greece. *BMC Res Notes.* 15 déc 2015;8(1):786.
  102. Forman DE, Maurer MS, Boyd C, Brindis R, Salive ME, Horne FM, et al. Multimorbidity in Older Adults With Cardiovascular Disease. *J Am Coll Cardiol.* 15 mai 2018;71(19):2149-61.
  103. A R, A S, S R, C R, Si B, Kf A, et al. Socioeconomic status and risk of cardiovascular

- disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study. *Lancet Glob Health* [Internet]. juin 2019 [cité 8 oct 2024];7(6). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31028013/>
104. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. NOW AND THEN: The Global Nutrition Transition: The Pandemic of Obesity in Developing Countries. *Nutr Rev*. janv 2012;70(1):3-21.
  105. Lin X, Xu Y, Pan X, Xu J, Ding Y, Sun X, et al. Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: an analysis from 1990 to 2025. *Sci Rep*. 8 sept 2020;10(1):14790.
  106. Oluchi SE, Manaf RA, Ismail S, Kadir Shahar H, Mahmud A, Udeani TK. Health Related Quality of Life Measurements for Diabetes: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 1 sept 2021;18(17):9245.
  107. Auquier P, Boyer L. Measuring patients' views: between enthusiasm and reality. *Eur J Cardiothorac Surg*. 1 avr 2012;41(4):829-30.
  108. Reeve B, Wyrwich K, Wu A, Velikova G, Terwee C, Snyder C, et al. ISOQOL recommends minimum standards for patient-reported outcome measures used in patient-centered outcomes and comparative effectiveness research. *Qual Life Res* [Internet]. 1 oct 2013;Volume 22, Issue 8. Disponible sur: [https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/smhs\\_peds\\_facpubs/55](https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/smhs_peds_facpubs/55)
  109. Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LDV, Aaronson NK. Health-Related Quality-of-Life Assessments and Patient-Physician Communication A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 18 déc 2002;288(23):3027-34.
  110. Allegrante JP, Wells MT, Peterson JC. Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annu Rev Public Health*. 1 avr 2019;40:127-46.
  111. Kanesarajah J, Waller M, Whitty JA, Mishra GD. Multimorbidity and quality of life at mid-life: A systematic review of general population studies. *Maturitas*. mars 2018;109:53-62.
  112. Fletcher BR, Damery S, Aiyegbusi OL, Anderson N, Calvert M, Cockwell P, et al. Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease: A global systematic review and meta-analysis. *PLOS Med*. 6 avr 2022;19(4):e1003954.
  113. Jing X, Chen J, Dong Y, Han D, Zhao H, Wang X, et al. Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 19 sept 2018;16(1):189.
  114. Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Qual Life Res*. 1 sept 2005;14(7):1651-68.

## ANNEXE 1 : Liste de contrôle PRISMA 2020

Section et thème	Item N°	Item de la liste de contrôle	Page où l'item est signalé
<b>TITRE</b>			
Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique.	Oui
<b>RÉSUMÉ</b>			
Résumé	2	Voir la liste de contrôle PRISMA 2020 pour les résumés.	Oui
<b>INTRODUCTION</b>			
Justification	3	Décrire la justification de la revue dans le contexte des connaissances actuelles.	Oui
Objectifs	4	Fournir un énoncé explicite de l'objectif ou de la question que la revue aborde.	Oui
<b>MÉTHODES</b>			
Critères d'éligibilité	5	Préciser les critères d'inclusion et d'exclusion de la revue et la manière dont les études ont été regroupées pour les synthèses.	
Sources d'information	6	Préciser toutes les bases de données, registres d'essais, sites web, organisations, références bibliographiques et autres sources recherchées ou consultées pour identifier les études. Spécifier la date à laquelle chaque source a été recherchée ou consultée pour la dernière fois.	Oui
Stratégie de recherche documentaire	7	Présenter les stratégies de recherche complètes pour toutes les bases de données, tous les registres et tous les sites web, y compris les filtres et les limites utilisés.	Oui
Processus de sélection	8	Préciser les méthodes utilisées pour décider si une étude répond aux critères d'inclusion de la revue, y compris le nombre d'évaluateurs qui ont examiné chaque document et chaque rapport récupéré, s'ils ont travaillé indépendamment et, le cas échéant, les détails des outils d'automatisation utilisés dans le processus.	Oui

Section et thème	Item N°	Item de la liste de contrôle	Page où l'item est signalé
Processus de collecte des données	9	Préciser les méthodes utilisées pour collecter les données des rapports, y compris le nombre d'évaluateurs qui ont collecté les données de chaque rapport, s'ils ont travaillé de manière indépendante, les processus d'obtention ou de confirmation des données auprès des investigateurs de l'étude et, le cas échéant, les détails des outils d'automatisation utilisés dans le processus.	Oui
Éléments de données	10a	Lister et définir tous les critères de jugement pour lesquels des données ont été recherchées. Préciser si tous les résultats compatibles avec chaque domaine des critères de jugement de chaque étude ont été recherchés (par exemple, pour toutes les mesures, tous les points de mesure, toutes les analyses) et, dans la négative, les méthodes utilisées pour décider des résultats à collecter.	Oui
	10b	Lister et définir toutes les autres variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple, les caractéristiques des participants et de l'intervention, les sources de financement). Décrire les hypothèses formulées à propos des informations manquantes ou imprécises.	Non
Évaluation du risque de biais de l'étude	11	Préciser les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais dans les études incluses, y compris les détails de l'outil ou des outils utilisés, le nombre d'évaluateurs qui ont évalué chaque étude et s'ils ont travaillé indépendamment, et le cas échéant, les détails des outils d'automatisation utilisés dans le processus.	Non
Mesures de l'effet	12	Préciser pour chaque critère de jugement la ou les mesures d'effet (par exemple, risque relatif, différence de moyennes) utilisées dans la synthèse ou la présentation des résultats.	Non
Méthodes de synthèse	13a	Décrire les processus utilisés pour décider quelles études étaient éligibles pour chaque synthèse (par exemple, tabulation des caractéristiques de l'intervention de l'étude et comparaison avec les groupes prévus pour chaque synthèse (item 5)).	
	13b	Décrire les méthodes nécessaires pour préparer les données en vue de la présentation ou de la synthèse, telles que le traitement des statistiques récapitulatives manquantes ou les conversions de données.	
	13c	Décrire les méthodes utilisées pour présenter sous forme de tableau ou de graphique les résultats des études individuelles et des synthèses.	
	13d	Décrire les méthodes utilisées pour synthétiser les résultats et justifier le(s) choix. Si une méta-analyse a été réalisée, décrire le(s) modèle(s), la(les) méthode(s) permettant d'identifier la présence et l'étendue de l'hétérogénéité statistique, et le(s) logiciel(s) utilisé(s).	
	13e	Décrire les méthodes utilisées pour explorer les causes possibles de l'hétérogénéité des résultats des études (par exemple, analyse des sous-groupes, méta-régression).	
	13f	Décrire les analyses de sensibilité effectuées pour évaluer la robustesse des résultats synthétisés.	
Évaluation du biais de	14	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais dû aux résultats manquants dans une synthèse (résultant de biais de notification).	non

Section et thème	Item N°	Item de la liste de contrôle	Page où l'item est signalé
notification			
Évaluation du niveau de confiance	15	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le niveau de confiance dans l'ensemble des données probantes relatives à un critère de jugement.	Oui
<b>RÉSULTATS</b>			
Sélection de l'étude	16a	Décrire les résultats du processus de recherche et de sélection, depuis le nombre des documents identifiés lors de la recherche jusqu'au nombre d'études incluses dans la revue, de préférence à l'aide d'un diagramme de flux.	Oui
	16b	Citer les études qui pourraient sembler répondre aux critères d'inclusion, mais qui ont été exclues, et expliquer pourquoi elles ont été exclues.	Oui
Caractéristiques des études	17	Citer chaque étude incluse et présenter ses caractéristiques.	Oui
Risque de biais dans les études	18	Présenter les évaluations du risque de biais pour chaque étude incluse.	Non
Résultats des études individuelles	19	Pour tous les critères de jugements, présenter, pour chaque étude : (a) des statistiques sommaires pour chaque groupe (le cas échéant) et (b) une estimation de l'effet et sa précision (par exemple, intervalle de confiance/crédibilité), idéalement à l'aide de tableaux ou de graphiques structurés.	Non
Résultats des synthèses	20a	Pour chaque synthèse, résumer brièvement les caractéristiques et le risque de biais des études participantes.	
	20b	Présenter les résultats de toutes les synthèses statistiques réalisées. Si une méta-analyse a été réalisée, présenter pour chacune l'estimation globale et sa précision (par exemple, l'intervalle de confiance/crédibilité) et les mesures de l'hétérogénéité statistique. Si vous comparez des groupes, décrivez la direction de l'effet.	
	20c	Présenter les résultats de toutes les recherches sur les causes possibles de l'hétérogénéité des résultats des études.	
	20d	Présenter les résultats de toutes les analyses de sensibilité effectuées pour évaluer la robustesse des résultats synthétisés.	
Biais de notification	21	Présenter les évaluations du risque de biais dû aux résultats manquants (résultant des biais de notification) pour chaque synthèse évaluée.	Non
Niveau de confiance des	22	Présenter les évaluations du niveau de confiance dans l'ensemble des données probantes pour chaque critère de jugement évalué.	Oui

Section et thème	Item N°	Item de la liste de contrôle	Page où l'item est signalé
données probantes			
<b>DISCUSSION</b>			
Discussion	23a	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte d'autres données probantes.	Oui
	23b	Discuter des limites éventuelles des données probantes incluses dans la revue.	Oui
	23c	Discuter des limites éventuelles des processus de la revue utilisés.	Oui
	23d	Discuter des implications des résultats pour la pratique, la politique et la recherche future.	Oui
<b>AUTRES INFORMATIONS</b>			
Enregistrement et protocole	24a	Fournir les informations relatives à l'enregistrement de la revue, y compris le nom du registre et le numéro d'enregistrement, ou indiquer que la revue n'a pas été enregistrée.	Non
	24b	Indiquer où le protocole de la revue peut être consulté où préciser qu'aucun protocole n'a été préparé.	non
	24c	Décrire et expliquer toute modification apportée aux informations fournies lors de l'enregistrement ou dans le protocole.	Non
Soutien	25	Décrire les sources de soutien financier ou non financier pour la revue et le rôle des bailleurs de fonds ou des sponsors dans la revue.	Oui
Déclaration d'intérêts	26	Déclarer les conflits d'intérêts des auteurs de la revue.	oui
Disponibilité des données, du code et d'autres matériels	27	Indiquer quels sont les éléments suivants qui sont accessibles au public et où ils peuvent être trouvés : modèles de formulaires de collecte de données ; données extraites des études incluses ; données utilisées pour toutes les analyses ; code analytique ; tout autre matériel utilisé dans le cadre de la revue.	Non

Remarque : Cette traduction en français représente la liste de contrôle de la déclaration PRISMA 2020 pour les revues systématiques. La traduction a été réalisée par Cochrane France.

La version originale anglaise de l'article est disponible à l'adresse suivante :

Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews BMJ 2021;372:n71. doi : 10.1136/bmj.n71

## ANNEXE 2 : GRADE DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
<p>A</p> <p>Preuve scientifique établie</p>	<p>Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- essais comparatifs randomisés de forte puissance ;</li> <li>- méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ;</li> <li>- analyse de décision fondée sur des études bien menées.</li> </ul>
<p>B</p> <p>Présomption scientifique</p>	<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- essais comparatifs randomisés de faible puissance ;</li> <li>- études comparatives non randomisées bien menées ;</li> <li>- études de cohortes.</li> </ul>
<p>C</p> <p>Faible niveau de preuve scientifique</p>	<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- études cas-témoins.</li> </ul> <p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- études comparatives comportant des biais importants ;</li> <li>- études rétrospectives ;</li> <li>- séries de cas ;</li> <li>- études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).</li> </ul>

## ANNEXE 3 : ECHELLE DOWNS AND BLACK

### Appendix

#### Checklist for measuring study quality

##### Reporting

1. *Is the hypothesis/aim/objective of the study clearly described?*

yes	1
no	0

2. *Are the main outcomes to be measured clearly described in the Introduction or Methods section?*

If the main outcomes are first mentioned in the Results section, the question should be answered no.

yes	1
no	0

3. *Are the characteristics of the patients included in the study clearly described?*

In cohort studies and trials, inclusion and/or exclusion criteria should be given. In case-control studies, a case-definition and the source for controls should be given.

yes	1
no	0

4. *Are the interventions of interest clearly described?*

Treatments and placebo (where relevant) that are to be compared should be clearly described.

yes	1
no	0

5. *Are the distributions of principal confounders in each group of subjects to be compared clearly described?*

A list of principal confounders is provided.

yes	2
partially	1
no	0

6. *Are the main findings of the study clearly described?*

Simple outcome data (including denominators and numerators) should be reported for all major findings so that the reader can check the major analyses and conclusions. (This question does not cover statistical tests which are considered below).

yes	1
no	0

7. *Does the study provide estimates of the random variability in the data for the main outcomes?*

In non normally distributed data the inter-quartile range of results should be reported. In normally distributed data the standard error, standard deviation or confidence intervals should be reported. If the distribution of the data is not described, it must be assumed that the estimates used were appropriate and the question should be answered yes.

yes	1
no	0

8. *Have all important adverse events that may be a consequence of the intervention been reported?*

This should be answered yes if the study demonstrates that there was a comprehensive attempt to measure adverse events. (A list of possible adverse events is provided).

yes	1
no	0

9. *Have the characteristics of patients lost to follow-up been described?*

This should be answered yes where there were no losses to follow-up or where losses to follow-up were so small that findings would be unaffected by their inclusion. This should be answered no where a study does not report the number of patients lost to follow-up.

yes	1
no	0

10. *Have actual probability values been reported (e.g. 0.035 rather than  $<0.05$ ) for the main outcomes except where the probability value is less than 0.001?*

yes	1
no	0

##### External validity

All the following criteria attempt to address the representativeness of the findings of the study and whether they may be generalised to the population from which the study subjects were derived.

11. *Were the subjects asked to participate in the study representative of the entire population from which they were recruited?*

The study must identify the source population for patients and describe how the patients were selected. Patients would be representative if they comprised the entire source population, an unselected sample of consecutive patients, or a random sample. Random sampling is only feasible where a list of all members of the relevant

population exists. Where a study does not report the proportion of the source population from which the patients are derived, the question should be answered as unable to determine.

yes	1
no	0
unable to determine	0

12. *Were those subjects who were prepared to participate representative of the entire population from which they were recruited?*

The proportion of those asked who agreed should be stated. Validation that the sample was representative would include demonstrating that the distribution of the main confounding factors was the same in the study sample and the source population.

yes	1
no	0
unable to determine	0

13. *Were the staff, places, and facilities where the patients were treated, representative of the treatment the majority of patients receive?*

For the question to be answered yes the study should demonstrate that the intervention was representative of that in use in the source population. The question should be answered no if, for example, the intervention was undertaken in a specialist centre unrepresentative of the hospitals most of the source population would attend.

yes	1
no	0
unable to determine	0

*Internal validity - bias*

14. *Was an attempt made to blind study subjects to the intervention they have received ?*

For studies where the patients would have no way of knowing which intervention they received, this should be answered yes.

yes	1
no	0
unable to determine	0

15. *Was an attempt made to blind those measuring the main outcomes of the intervention?*

yes	1
no	0
unable to determine	0

16. *If any of the results of the study were based on "data dredging", was this made clear?*

Any analyses that had not been planned at the outset of the study should be clearly indicated. If no retrospective unplanned subgroup analyses were reported, then answer yes.

yes	1
no	0
unable to determine	0

17. *In trials and cohort studies, do the analyses adjust for different lengths of follow-up of patients, or in case-control studies, is the time period between the intervention and outcome the same for cases and controls ?*

Where follow-up was the same for all study patients the answer should be yes. If different lengths of follow-up were adjusted for by, for example, survival analysis the answer should be yes. Studies where differences in follow-up are ignored should be answered no.

yes	1
no	0
unable to determine	0

18. *Were the statistical tests used to assess the main outcomes appropriate?*

The statistical techniques used must be appropriate to the data. For example non-parametric methods should be used for small sample sizes. Where little statistical analysis has been undertaken but where there is no evidence of bias, the question should be answered yes. If the distribution of the data (normal or not) is not described it must be assumed that the estimates used were appropriate and the question should be answered yes.

yes	1
no	0
unable to determine	0

19. *Was compliance with the intervention/s reliable?*

Where there was non compliance with the allocated treatment or where there was contamination of one group, the question should be answered no. For studies where the effect of any misclassification was likely to bias any association to the null, the question should be answered yes.

yes	1
no	0
unable to determine	0

20. *Were the main outcome measures used accurate (valid and reliable)?*

For studies where the outcome measures are clearly described, the question should be answered yes. For studies which refer to other work or that demonstrates the outcome measures are accurate, the question should be answered as yes.

yes	1
no	0
unable to determine	0

*Internal validity - confounding (selection bias)*

21. *Were the patients in different intervention groups (trials and cohort studies) or were the cases and controls (case-control studies) recruited from the same population?*

For example, patients for all comparison groups should be selected from the same hospital. The question should be answered unable to determine for cohort and case-control studies where there is no information concerning the source of patients included in the study.

yes	1
no	0
unable to determine	0

22. *Were study subjects in different intervention groups (trials and cohort studies) or were the cases and controls (case-control studies) recruited over the same period of time?*

For a study which does not specify the time period over which patients were recruited, the question should be answered as unable to determine.

yes	1
no	0
unable to determine	0

23. *Were study subjects randomised to intervention groups?*

Studies which state that subjects were randomised should be answered yes except where method of randomisation would not ensure random allocation. For example alternate allocation would score no because it is predictable.

yes	1
no	0
unable to determine	0

24. *Was the randomised intervention assignment concealed from both patients and health care staff until recruitment was complete and irrevocable?*

All non-randomised studies should be answered no. If assignment was concealed from patients but not from staff, it should be answered no.

yes	1
no	0
unable to determine	0

25. *Was there adequate adjustment for confounding in the analyses from which the main findings were drawn?*

This question should be answered no for trials if: the main conclusions of the study were based on analyses of treatment rather than intention to treat; the distribution of known confounders in the different treatment groups was not described; or the distribution of known confounders differed between the treatment groups but was not taken into account in the analyses. In non-randomised studies if the effect of the main confounders was not investigated or confounding was demonstrated but no adjustment was made in the final analyses the question should be answered as no.

yes	1
no	0
unable to determine	0

26. *Were losses of patients to follow-up taken into account?*

If the numbers of patients lost to follow-up are not reported, the question should be answered as unable to determine. If the proportion lost to follow-up was too small to affect the main findings, the question should be answered yes.

yes	1
no	0
unable to determine	0

*Power*

27. *Did the study have sufficient power to detect a clinically important effect where the probability value for a difference being due to chance is less than 5%?*

Sample sizes have been calculated to detect a difference of x% and y%.

	Size of <i>smallest</i> intervention group	
A	<n <sub>1</sub>	0
B	n <sub>1</sub> -n <sub>2</sub>	1
C	n <sub>3</sub> -n <sub>4</sub>	2
D	n <sub>5</sub> -n <sub>6</sub>	3
E	n <sub>7</sub> -n <sub>8</sub>	4
F	n <sub>9</sub> +	5

**AUTEUR(E) : Nom : Hutin**

**Prénom : Magdeleine**

**Date de soutenance : 29 novembre 2024**

**Titre de la thèse :** Utilisation des échelles de qualité de vie spécifiques chez les patients ayant une maladie chronique en médecine générale : une revue systématique de la littérature.

**Thèse - Médecine - Lille 2024**

**Cadre de classement :** Médecine générale

**DES + FST/option :** Médecine générale

**Mots-clés :** “Primary health care”; “use”; “weights and measures”; “quality of life”; “chronic illness”

### **Résumé**

**Contexte :** L'augmentation de l'espérance de vie explique la majoration de la prévalence des maladies chroniques. Il a été montré que ces pathologies diminuent la qualité de vie des patients. Ainsi, la qualité de vie est devenue un paramètre indispensable pour l'évaluation de la qualité de soins. Aucune recherche n'a été menée sur les échelles de qualité de vie spécifiques utilisées dans la recherche en médecine générale, chez les patients ayant une ou plusieurs maladies chroniques.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une revue systématique de la littérature selon la grille PRISMA menée sur des articles écrits entre 2003 et 2023 à partir de 3 bases de données. Les recherches ont été effectuées par 2 examinateurs. Les mots clés MeSH qui ont été utilisés sont : “Primary health care” ; “use” ; “weights and measures” ; “quality of life”; “chronic illness”. Seuls les articles utilisant une échelle de qualité de vie spécifique validée ont été retenus.

**Résultats :** 64 articles ont été inclus dans cette étude. La majorité des études étaient observationnelles transversales d'un faible niveau de preuve selon la HAS. Au total, 35 échelles spécifiques ont été retrouvées. 36 articles traitaient de la QDV chez des patients atteints de pathologies respiratoires. La grande majorité des études retrouvaient une diminution de la QDV chez les patients atteints de pathologies chroniques. Les échelles de QDV spécifiques sont utilisées pour leur précision dans l'évaluation de la QDV mais sont difficilement utilisables en soins primaires.

**Conclusion :** La QDV liée à la santé est diminuée chez les patients ayant des maladies chroniques suivis en soins primaires. Les échelles spécifiques permettent d'identifier précisément les besoins et les attentes des patients, en vue d'adapter les prises en charge thérapeutiques. L'utilisation de ces échelles est rare en médecine générale.

### **Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Etienne ALLART**

**Assesseur : Madame le Docteur Isabelle BODEIN**

**Directeur de thèse : Madame le Docteur Alissa SEBBAH**

