

UNIVERSITÉ DE LILLE 2 DROIT ET SANTÉ
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Utilisation d'échelles génériques de qualité de vie 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 Manon DENIÉ

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

15-D	<i>15-Dimensions Instrument</i>
ADDQoL-AWI	<i>Audit of Diabetes Dependent Quality-of-Life Average Weighted Impact</i>
ADL	<i>Activity of Daily Living</i>
AIMS	<i>Arthritis Impact Measurement Scales</i>
ALD	Affection de Longue Durée
AQ20	<i>The Airways Questionnaire 20</i>
ARAI	Antagonistes des Récepteurs de l'Angiotensine II
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BPCO	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
BPI	<i>Brief Pain Inventory</i>
CAT	<i>Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test</i>
CCQ	<i>Chronic obstructive pulmonary Control Questionnaire</i>
CDC-HRQOL-4	<i>Centers for Disease Control and Prevention-Health Related Quality of Life-4</i>
CD-QoL	<i>Celiac Disease–Quality of Life</i>
CNAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
COC index	<i>Continuity of Care Index</i>
CPIB	<i>Communicative Participation Item Bank</i>
CRQ	<i>Chronic Respiratory Disease Questionnaire</i>
CV	Cardio-Vasculaire
CVF	Capacité Vitale Forcée
DBIS	<i>Disease Burden Impact Scale</i>

DDS-17	<i>Diabete Distress Scale-17</i>
DEB	<i>Dystrophic Epidermolysis Bullosa</i>
DFG	Débit de Filtration Glomérulaire
DMP	<i>Diabete Disease Management Program</i>
DQL-BCI	<i>Diabetes Quality of Life - Brief Clinical Inventory</i>
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition</i>
EQ-6D	<i>EuroQoL-6 Dimensions</i>
EQ-5D-3L	<i>EuroQoL-5 Dimensions-3 Levels</i>
EQ-5D-5L	<i>EuroQoL-5 Dimensions-5 Levels</i>
EQ-5D index	<i>EuroQoL-5 Dimensions index</i>
EQ-VAS	<i>EuroQoL-Visual Analogical Scale</i>
FEVG	Fraction d'Ejection Ventriculaire Gauche
GHQ	<i>Global Health Questionnaire</i>
GHP	<i>Global Health Perceived</i>
GINA	<i>Global Initiative for Asthma</i>
GIS	<i>Gout Impact Scale</i>
GOLD	<i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i>
HAD scale	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
Haem-A-QoL	<i>The Haemophilia Quality of Life Questionnaire for adults</i>
HAQ	<i>Health Assessment Questionnaire</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
HBA1c	Hémoglobine glyquée
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
Heart-QoL	<i>Heart-Quality of Life</i>

HOOS	<i>Hip Injury and Osteoarthritis Outcome Score</i>
HUIM-III	<i>Health Utilities Index Mark III</i>
IBDQ	<i>Inflammatory Bowel Disease Questionnaire</i>
IBS-QoL	<i>Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life</i>
IMC	<i>Indice de Masse Corporelle</i>
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
ISI	<i>Insomnia Severity Index</i>
IWQoL-Lite	<i>The Impact of Weight on Quality of Life-Lite</i>
KCCQ	<i>Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire</i>
KOOS	<i>Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score</i>
LLFDI	<i>Late Life Function and Disability Instrument</i>
LTCQ	<i>Long-Term Conditions Questionnaire</i>
MCS	<i>Mental Component Summary</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MICI	<i>Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin</i>
Mini-AQLQ	<i>The Mini Asthma Quality of Life Questionnaire</i>
MINICHAL	<i>Short form of Quality-of-Life Questionnaire for Arterial hypertension</i>
MLWHFQ	<i>Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire</i>
MOS-Sleep-Scale	<i>Medical Outcomes Study- Sleep Scale</i>
MOS-SSS	<i>Medical Outcomes Study-Social Support Survey</i>
MQOL-R	<i>McGill Quality of Life-Revised</i>
MRC	<i>Medical Research Council</i>
NHP	<i>Nottingham Health Profile</i>
NYHA	<i>New York Heart Association</i>

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAD	Maladie Périphérique Artérielle
PAS	Pression Artérielle Systolique
PCS	<i>Physical Component Summary</i>
PDQ-8	<i>Parkinson's Disease Questionnaire-8</i>
PedsQL 4.0	<i>Pediatric Quality of Life Inventory 4.0</i>
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PROMIS 29v2.0	<i>The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System 29 version 2.0</i>
PROMIS GH	<i>The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Global Health</i>
QDV	Qualité de Vie
QLDS	<i>Quality of Life in Depression Scale</i>
QOF	<i>Quality and Outcomes Framework</i>
QWB-SA	<i>Quality of Well-Being Self-Administered</i>
RAND-36	<i>RAND project-36</i>
RGO	Reflux Gastro-Oesophagien
SF-6D	<i>Medical Outcomes Study 6-Dimensions Short-Form Health Survey</i>
SF-8	<i>Medical Outcomes Study 8-Item Short-Form Health Survey</i>
SF-12	<i>Medical Outcomes Study 12-Item Short-Form Health Survey</i>
SF-20	<i>Medical Outcomes Study 20-Item Short-Form Health Survey</i>
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey</i>
SGRQ	<i>St. George's Respiratory Questionnaire</i>
SNOT-20	<i>Sino-Nasal Outcome Test-20</i>

SOASP	<i>Supported Osteoarthritis Self-Management Programme</i>
TAG	Trouble Anxieux Généralisé
VEMS	Volume Expiratoire Maximal par Seconde
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHODAS 2.0	<i>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0</i>
WHO-QoL 100	<i>World Health Organization Quality of Life 100</i>
WHOQoL-BREF	<i>World Health Organization Quality of Life Brief Scale</i>
WHO-QoL-OLD	<i>World Health Organization Quality of Life Older Adults Module</i>
WOMAC	<i>Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index</i>
ZBPI scale	<i>Zoster Brief Pain Inventory Scale</i>

Table des matières

Avertissement	2
Remerciements	Erreur ! Signet non défini.
Liste des abréviations.....	9
Table des matières.....	14
Introduction	16
Matériel et méthodes.....	19
I. Sélection des articles.....	19
A. Bases de données	19
B. Équations de recherche	19
C. Critères d'inclusion et d'exclusion	20
D. Etapes de sélection des articles.....	20
II. Analyse des données	20
III. Evaluation de la qualité des études	21
A. Echelle de Downs and Black.....	21
B. L'Impact Factor	21
C. Le niveau de preuve de la Haute Autorité de Santé (HAS).....	21
IV. Travail exploratoire complémentaire	21
V. Financement et conflit d'intérêt.....	22
Résultats	23
I. Diagramme de flux.....	23
II. Etudes incluses	24
III. Caractéristiques des études	70
A. Types d'étude	70
B. Lieux de recrutement	70
C. Maladies chroniques étudiées.....	71
D. Critères de jugement principal	73
IV. Principaux résultats concernant la QDV liée à la santé	73

V. Echelles génériques de qualité de vie	73
VI. Caractéristiques des échelles génériques de QDV liée à la santé.....	75
VII. Travail exploratoire complémentaire : avis d'un panel de médecins généralistes sur les résultats de cette revue de littérature.....	76
A. Caractéristiques des médecins généralistes interrogés	77
B. Réponses des médecins généralistes.....	77
Discussion.....	79
I. Principaux résultats	79
II. Validité externe.....	80
A. Données psychométriques des échelles en soins primaires	80
B. Comparaison des échelles en soins primaires	80
C. Comparaison à la littérature scientifique	81
a) Autres revues de la littérature	81
b) Mise à jour des résultats	82
D. Diversité des échelles génériques de QDV liée à la santé	83
III. Validité interne (biais des études incluses).....	83
IV. Forces et limites.....	83
A. Limites	83
B. Forces.....	84
V. Perspectives.....	84
Conclusion	86
Références bibliographiques	87
Annexes	100
I. <i>Annexe 1</i> : Grille PRISMA 2020.....	100
II. <i>Annexe 2</i> : Echelle de Downs and Black	102
III. <i>Annexe 3</i> : Niveaux de preuve et grades de recommandation HAS	104

Introduction

La notion de qualité de vie (QDV) est apparue dans les années 1970 dans le champ de la sociologie (1). Ces dernières années, elle a connu un développement considérable dans le domaine de la médecine, et particulièrement dans celui des maladies chroniques (2).

Il n'existe pas de définition unique pour ces pathologies. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les maladies chroniques, souvent désignées sous le terme de maladies non transmissibles, engendrent des soins sur une période prolongée, d'au moins quelques mois (3). En France, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) définit la maladie chronique comme « la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer », d'une ancienneté minimale de trois mois (4).

Elles résultent d'une combinaison complexe de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux. Parmi les principales maladies chroniques figurent les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète (3). L'OMS indique que les maladies non transmissibles sont responsables de 74% des décès dans le monde (3).

Le HCSP précise que les maladies chroniques ont un impact significatif sur la vie quotidienne des patients, engendrant une limitation fonctionnelle, des activités ou de la participation à la vie sociale; une dépendance vis-à-vis d'un médicament ou d'une autre thérapeutique; et une nécessité de soins médicaux, paramédicaux, ou psychologiques (4).

La QDV pâtit elle-même d'un manque de consensus sur sa définition. Néanmoins, l'OMS caractérise la QDV comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs et ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (5). Les indicateurs de la QDV sont nombreux et peuvent être objectifs ou subjectifs. Les

définitions se rejoignent sur plusieurs dimensions : le bien-être physique, émotionnel, social, et matériel, le développement ou les activités (6).

La distinction entre la QDV et la QDV liée à la santé manque de clarté. Toutefois, cette dernière est décrite dans la littérature comme « la façon dont une personne fonctionne dans sa vie, et la perception de son bien-être physique, mental ou social dans le domaine de la santé » (7) ou par « les aspects de la perception de son bien-être, liés ou affectés par la présence d'une maladie ou d'un traitement » (8).

Le concept de la QDV liée à la santé s'est développé en réponse à la volonté de faire évoluer la médecine d'un modèle axé sur les données biomédicales vers une approche centrée sur le patient et ses perceptions. L'expansion de ce concept est étroitement corrélée à l'augmentation constante de la prévalence des maladies chroniques (9); qui est le résultat d'un phénomène lié au vieillissement de la population et aux avancées médicales prolongeant l'espérance de vie de ces patients (9).

Bien qu'il n'existe pas de méthode précise pour mesurer la prévalence des maladies chroniques en France, les données de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) révèlent que 13,8 millions de personnes bénéficiaient du dispositif d'affection de longue durée (ALD) en 2022 (10). Elles correspondent à des « affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse » (11). Entre 2010 et 2022, le nombre d'assurés du régime général reconnu en ALD a augmenté de 37,4 %, soit un taux de croissance annuel moyen de 2,7 % (12). Les maladies les plus fréquentes étaient les maladies cardiovasculaires, le diabète de types 1 et 2, les tumeurs malignes et les affections psychiatriques de longue durée (12). Cependant, le nombre de patients ayant une maladie chronique serait encore plus important. En effet, comme décrit le rapport « charges et produits » de la CNAM en 2022, 35% de la population était prise en charge pour une pathologie et/ou un traitement chronique (13).

Si, la mesure de la QDV liée à la santé a été initialement utilisée en recherche clinique, elle tend à se développer dans la pratique courante. De nombreuses études se sont intéressées aux bénéfices d'une telle mesure (14–18). Tout d'abord, cette évaluation permet d'identifier les problématiques auxquelles les patients sont confrontés et d'y répondre par des interventions adaptées. Cela offre l'avantage de prioriser ces problématiques et de les aborder lors de la consultation suivante (15,19).

De plus, cette mesure facilite le suivi de l'évolution de la maladie et des effets des traitements (19). Des recherches ont également montré que l'analyse de la QDV liée à la santé améliore la communication entre le patient et le soignant (20,21), favorise les décisions médicales partagées (22), et augmente l'observance aux traitements (22). En outre, elle contribue à améliorer la satisfaction des patients vis-à-vis des soins reçus (19). Enfin, plusieurs études, notamment en oncologie, ont supposé que l'étude de la QDV liée à la santé pourrait aider à prédire les patients susceptibles d'avoir une mauvaise réponse à un traitement ou une espérance de vie réduite (23,24).

La QDV liée à la santé est appréciée grâce à des échelles génériques et spécifiques, chacune ayant ses avantages et ses limites (14,25). Les échelles génériques sont utilisées quel que soit le type ou le nombre de maladies. Les échelles spécifiques se concentrent sur les problématiques et les symptômes d'une maladie ou les effets de son traitement. Contrairement aux échelles génériques, elles ne permettent pas la comparaison entre différents groupes de patients et l'interprétation des résultats est complexe chez les patients ayant plusieurs maladies (25). Parfois, l'emploi simultané d'un outil générique et spécifique est approprié pour surveiller les changements dans la santé du patient dus à une intervention (26).

Le médecin généraliste tient une place primordiale dans la prise en charge des patients ayant une maladie chronique. En effet, il est l'acteur principal en ce qui concerne la prévention, le diagnostic précoce, l'introduction d'un traitement, le parcours de soins et l'éducation thérapeutique des patients (27). Le médecin généraliste ne peut assurer ce rôle que dans le cadre d'un travail avec une équipe pluridisciplinaire (28).

Il est, en ce sens, en première ligne pour l'évaluation de la QDV liée à la santé.

Face à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et l'importance d'une évaluation de la QDV liée à la santé en pratique clinique, il est essentiel de disposer d'échelles valides, fiables et acceptables pour les patients et les médecins (18). Ainsi, l'objectif de cette revue de la littérature est de dresser un état des lieux des échelles génériques de QDV liée à la santé, applicables en soins primaires chez les patients ayant une maladie chronique.

Matériel et méthodes

Cette revue systématique de la littérature a été réalisée conformément aux recommandations internationales PRISMA 2020 (*Annexe 1*).

I. Sélection des articles

A. Bases de données

L'inclusion des articles a été effectuée par deux investigateurs à partir de novembre 2023 (MH et MD). Trois bases de données ont été interrogées : PubMed (base de données internationale), Google Scholar, et LiSSa (littérature scientifique française).

B. Équations de recherche

Des équations de recherche spécifiques ont été élaborées pour chacune des bases de données. Elles ont été construites à partir de mots clés MeSH représentant les principaux concepts étudiés dans cette revue de littérature. Les mots-clés utilisés pour la QDV sont « quality of life », « health related quality of life » et « life quality ». Pour les soins primaires, les termes « primary care » et « primary healthcare » ont été sélectionnés. Concernant les maladies chroniques, les termes retenus sont « disease » et « illness », et pour les échelles, « questionnaires », « surveys », « evaluation », « scale » et « measurement ».

Les équations de recherche suivantes ont été appliquées :

- Pour PubMed : ((quality of life [Title/Abstract]) OR (health related quality of life [Title/Abstract]) OR (life quality [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))
- Pour Google Scholar : allintitle: ((quality of life) OR (health related quality of life)) AND ((disease) OR (illness)).
- Pour LiSSa : qualité de vie et maladie

Il a été décidé d'analyser les 10 premières pages de résultats obtenues avec cette

équation pour Google Scholar. Tandis que pour les autres bases de données, tous les articles ont été inclus initialement.

C. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Population d'intérêt : patients ayant au moins une maladie chronique,
- Population recrutée en soins primaires, ou extrapolable aux soins primaires,
- Etude portant sur l'évaluation de la QDV liée à la santé par une échelle générique validée,
- Articles publiés entre le 1er janvier 2003 et le 31 octobre 2023,
- Articles rédigés en français ou en anglais.

Les critères d'exclusion comprennent :

- Population d'intérêt : patients n'ayant pas de maladie chronique,
- Population non recrutée en soins primaires ou non extrapolable aux soins primaires,
- Evaluation de la QDV liée à la santé par un tiers uniquement, et non par le patient,
- Méthode de l'article : revue de littérature ou méta-analyse, étude qualitative,
- Article intégral non disponible.

D. Etapes de sélection des articles

La sélection des articles s'est déroulée en 3 étapes : lecture des titres, des résumés, puis des articles dans leur intégralité. Ce travail a été réalisé en aveugle par les deux investigateurs. À chaque étape, les articles retenus ont été mis en commun, et en cas de désaccord, un troisième investigateur (AS) a été consulté.

II. Analyse des données

Les articles collectés ont été transférés sur l'outil « Rayyan QCRI© », dédié aux revues de littérature. Les doublons ont été supprimés. Les données suivantes ont été référencées dans un tableau : référence de l'article (titre, premier auteur, journal, date de publication), type d'étude ; objectif et méthode de l'étude ; lieux, dates et critères d'inclusion ; critère de jugement principal ; résultats principaux concernant la QDV liée à la santé ; nom et type d'échelle utilisée ; évaluation de la qualité de l'étude.

L'un des investigateurs (MD) a réalisé la synthèse et l'analyse des résultats concernant les échelles génériques. Le second (MH) a effectué le même travail pour les échelles spécifiques de maladies chroniques.

III. Evaluation de la qualité des études

L'évaluation de la validité interne de la revue a été faite selon le même protocole que la sélection d'articles, c'est-à-dire en aveugle par deux investigateurs (MH et MD), avec l'intervention d'une personne tierce (AS) en cas de désaccord.

A. Echelle de Downs and Black

Ce questionnaire de 27 items explore la qualité méthodologique des études quantitatives en évaluant la validité interne et externe ainsi que leur puissance. Elle a été remplie intégralement par les deux investigateurs pour les études interventionnelles. Pour les études observationnelles seuls les items 1,2,3,6,7,10,11,12,18 et 20 ont été évalués (*Annexe 2*).

B. L'Impact Factor

Cet indicateur estime l'impact d'une revue en se référant au nombre moyen de citations des articles, rapporté au nombre d'articles publiés sur une période de deux ans.

C. Le niveau de preuve de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Les niveaux de preuve sont définis par le type d'étude. Le niveau 1 correspond à une étude de bonne qualité, le niveau 2 à une étude de moyenne qualité et le niveau 3 et 4 à une étude de faible qualité (*Annexe 3*).

IV. Travail exploratoire complémentaire

Les résultats de cette revue de la littérature ont été envoyés à un panel de quatre médecins généralistes volontaires, exerçant en libéral. La question suivante leur a été posée par mail : « *que pensez-vous des résultats de cette revue et de l'utilisation de ces échelles dans votre pratique courante ?* ». L'objectif était de réaliser un travail exploratoire sur l'utilisation de ces instruments dans la pratique courante de médecine générale. Ils ont répondu à cette question par écrit, de manière non dirigée. Leur

réponse a été retranscrite sans modification, dans la partie « résultats » de cette thèse.

V. Financement et conflit d'intérêt

L'auteure n'a reçu aucun financement extérieur et ne déclare aucun conflit d'intérêt.

Résultats

I. Diagramme de flux

Le diagramme de flux (*Figure 1*) synthétise le processus de sélection des articles selon les critères PRISMA 2020. 5 474 articles ont été inclus initialement. Après suppression des doublons, il restait 5 069 articles. À l'issue des étapes de sélection, 142 articles ont été retenus. Les raisons des exclusions sont détaillées sur le diagramme de flux. Parmi ces articles, 112 concernaient des échelles génériques de QDV liée à la santé.

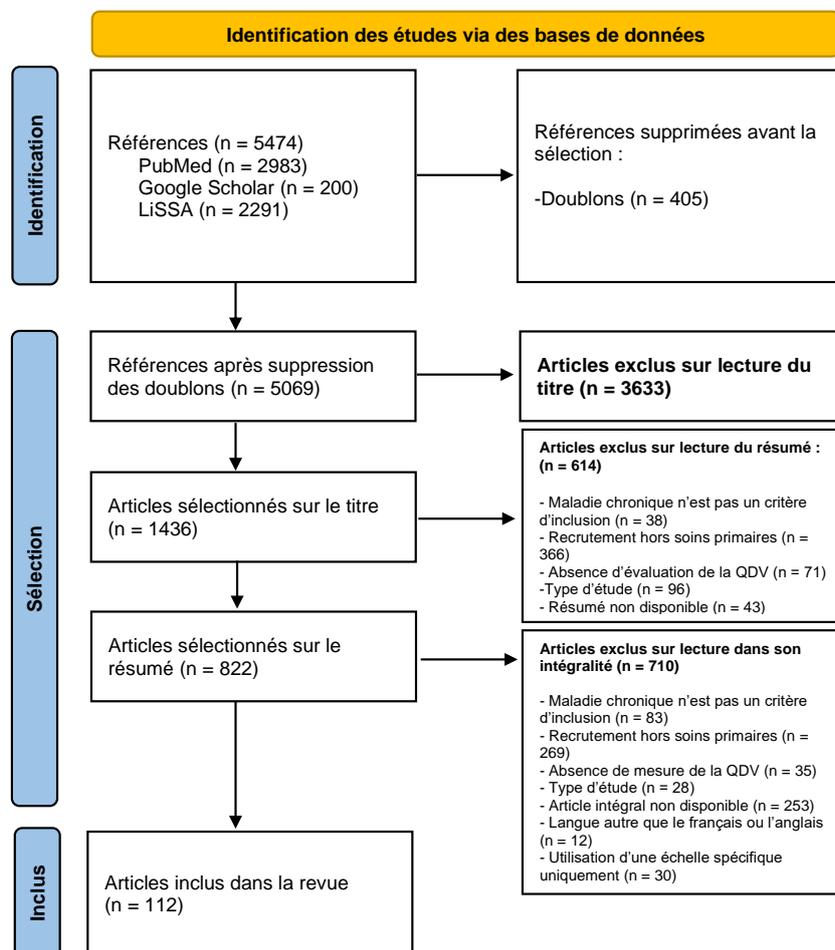


Figure 1 : Diagramme de flux selon les recommandations PRISMA 2020

II. Etudes incluses

Références de l'étude (titre, auteur principal, revue, année de publication)	Type d'étude, objectif de l'étude et méthode	Lieux, dates et critères d'inclusion	Critère de jugement principal	Résultats principaux concernant la QDV liée à la santé	Nom de l'échelle	Type d'échelle	Evaluation de la qualité de l'étude
<p>Assessing health-related quality of life in COPD: comparing generic and disease-specific instruments with focus on comorbidities (29).</p> <p>Wacker et al.</p> <p>BMC pulmonary medicine, 2016.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : comparer la mesure de la QDV liée à la santé chez les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et étudier l'impact des comorbidités sur la QDV liée à la santé.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Population issue de la cohorte COSYCONET. -31 centres de santé (ambulatoires, hospitaliers), via des groupes de patients et des campagnes médiatiques. -Allemagne. <p>Dates d'inclusion : septembre 2010 à décembre 2013.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients ≥40 ans avec un diagnostic de BPCO posé dans un centre de soins primaires ou un centre de soins spécialisés. <p>2,291 patients inclus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Comparaison de la variabilité de la QDV liée à la santé chez les patients ayant une BPCO en fonction des comorbidités, du stade de la pathologie et d'autres variables. -Comparaison de la capacité des différentes échelles de QDV liée à la santé à différencier les stades de gravité de la BPCO. 	<ul style="list-style-type: none"> -Meilleure corrélation entre l'index EQ-5D et les scores CAT et SGRQ qu'avec le score EQ-VAS -Le SGRQ était le score qui montrait la plus grande capacité à différencier les différents stades de BPCO. -Plus la BPCO était sévère plus la QDV liée à la santé était basse dans toutes les échelles sauf pour l'EQ-5D, pour les grades GOLD 1 et 2. -Avoir 4 comorbidités ou plus entraînait une dégradation dans tous les scores de QDV liée à la santé. 	EQ-5D 5L SGRQ-C, CAT.	G et S	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,32</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Assessing system-based trainings for primary care teams and quality-of-life of patients with multimorbidity in Thailand: patient and provider surveys (30).</p> <p>Suriyawongpaisal et al.</p> <p>BMC family practice, 2019.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : évaluation de l'impact sur les résultats des patients de programmes de formation des soignants, mis en place par l'état Thaïlandais, en soins primaires.</p> <p>Méthode : réalisation de 2 études transversales :</p> <ul style="list-style-type: none"> -étude du profil des patients dans les centres de soins primaires et leur expérience à l'utilisation de ces centres. -Mesure de l'exposition du personnel des centres de santé aux programmes de formation proposés par l'état. 	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Thaïlande. <p>Dates d'inclusion : octobre 2015.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients avec des comorbidités recrutés au sein de centres de soins primaires et répartitions en 4 groupes : malades chroniques, population âgée, patients atteints de handicaps et patients en fin de vie. -Pour les soignants : tous les membres des centres de soins (moyenne de 9 participants par centre). <p>1,916 patients inclus, 218 soignants inclus.</p>	<p>Mesure de la QDV liée à la santé des patients en fonction de la formation du personnel soignant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -L'étude mettait en évidence une corrélation positive entre la QDV liée à la santé et 2 programmes de formation. -Le temps passé dans les centres de santé était corrélé négativement avec la QDV liée à la santé. 	EQ-5D-5L	G	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

<p>Association between Continuity of Care and Health-Related Quality of Life (31).</p> <p>Bayliss et al.</p> <p>Journal of the American Board of Family Medicine, 2017.</p>	<p>Etude de cohorte prospective observationnelle.</p> <p>Objectif : étudier l'impact du temps et de la continuité des soins sur la QDV liée à la santé.</p> <p>Méthode : mesure de la QDV liée à la santé dans la population sélectionnée à l'inclusion puis à 2 ans, associé à la mesure de l'indice de la continuité des soins (COC index).</p>	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Membres du Kaiser permanente, -Colorado, États-Unis. <p>Date d'inclusion : janvier 2010.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Age ≥ 65 ans, -être inscrit au Kaiser permanente un an avant janvier 2010 et pendant 2 ans après, -avoir 3 pathologies parmi 10 maladies chroniques fréquentes. 	<p>Mesure des scores de QDV liée à la santé en fonction du COC index et du temps.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Absence d'association significative entre le score de QDV liée à la santé et le COC index. -Diminution des scores de QDV liée à la santé chez les patients ayant un fardeau de la morbidité plus important. -Diminution de la QDV liée à la santé dans la composante physique chez les patients de sexe féminin et les patients les plus âgés. 	<p>RAND-36</p> <p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,0</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Association between Health-Related Quality of Life and Access to Chronic Disease Management by Primary Care Facilities in Mainland China: A Cross-Sectional Study (32).</p> <p>Wang et al.</p> <p>International journal of environmental research and public health, 2023.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déterminer le pourcentage de patients atteints de maladies chroniques qui pensent pouvoir accéder facilement à une structure de soins primaires. -Etudier le lien entre la facilité d'accès à un centre de soins primaires et la QDV liée à la santé. 	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Base de données de centres de recherche en santé publique, -Chine. <p>Dates d'inclusion : juin à août 2022.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Avoir > 18 ans, -avoir ≥ 1 des 9 pathologies chroniques sélectionnées pour l'étude. <p>5,525 patients inclus</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Mesure de la facilité d'accès aux « chronic disease management services ». -Mesure de la QDV liée à la santé dans la population d'étude. 	<ul style="list-style-type: none"> -Les scores de QDV liée à la santé étaient meilleurs chez les patients ayant un accès facile aux centres de soins primaires. -Les résultats étaient inchangés après une analyse multivariée et un ajustement des covariables. 	<p>EQ-5D-5L</p> <p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,23</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Association of the Implementation of the Patient-Centered Medical Homewith Quality of Life in Patients with Multimorbidity (33).</p> <p>Schuttner et al.</p> <p>Journal of general internal medicine, 2020.</p>	<p>Etude de cohorte rétrospective.</p> <p>Objectif : tester l'hypothèse que l'implantation de structures de soins primaires avec un plus haut niveau de soins permet d'améliorer la QDV liée à la santé chez les vétérans avec plusieurs comorbidités.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cliniques de soins primaires pour les vétérans, -Etats-Unis <p>Dates d'inclusion : avril 2013 à septembre 2014.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vétérans avec ≥ 2 maladies chroniques concomitantes, qui ont bénéficié au moins d'une consultation au centre de soins primaires en 2012. <p>22,095 patients inclus</p>	<p>-Critère de jugement principal : étude des caractéristiques des patients recevant des soins de hauts et de faibles niveaux.</p> <p>-Critère de jugement secondaire : étude de la relation entre la QDV liée à la santé et le PACT Implementation Progress Index.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Amélioration de la QDV liée à la santé dans le domaine de la santé physique chez les patients bénéficiant de meilleurs soins primaires, mais diminution de la QDV liée à la santé dans le domaine de la santé mentale. -Amélioration de la composante mentale de la QDV liée à la santé chez les patients multimorbides ayant été hospitalisés dans l'année précédente et ayant bénéficié de soins primaires de qualité. 	<p>SF-12</p> <p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 11,1</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

<p>Associations between demographic, disease related, and treatment pathway related variables and health related quality of life in primary care patients with coronary heart disease (34).</p> <p>Kramer et al.</p> <p>Health and quality of life outcomes, 2012.</p>	<p>Essai quasi expérimental.</p> <p>Objectif : construction d'un protocole de soins pour les patients atteints de pathologies cardiaques chroniques.</p> <p>Méthode : 3 groupes sont étudiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> -groupe avec des médecins généralistes ayant élaboré le protocole de soins, -groupe avec des médecins généralistes utilisant ce protocole, -groupe contrôle. <p>Mesure de la QDV liée à la santé à 6 et 12 mois dans les groupes de patients recrutés par les développeurs et les utilisateurs. Et mesure à 9 mois dans le groupe contrôle.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patientèle de 20 médecins généralistes, -Allemagne. <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion : patients atteints de cardiopathie ischémique.</p> <p>290 patients inclus.</p>	<p>Mesure de la QDV liée à la santé perçue par les patients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Au début de l'enquête, les patients utilisateurs rapportaient la meilleure QDV liée à la santé. -A la première mesure de suivi, la meilleure QDV liée à la santé était mesurée dans le groupe des développeurs par rapport au groupe contrôle. Les hommes rapportaient une meilleure QDV liée à la santé par rapport aux femmes. Meilleure QDV liée à la santé chez les patients avec un plus haut niveau d'éducation. -Lors de la seconde mesure, la meilleure QDV liée à la santé était rapportée par le groupe des développeurs par rapport aux deux autres groupes. Meilleure QDV liée à la santé chez les patients n'ayant pas eu d'infarctus du myocarde. Meilleure QDV liée à la santé chez les hommes et chez les patients avec un plus haut niveau d'éducation. -Absence d'association entre la QDV liée à la santé et la prise des traitements recommandés en cas de cardiopathie. 	<p>EQ-5D</p> <p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 22/27</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>
<p>Both cardiovascular and non-cardiovascular comorbidity are related to health status in well-controlled type 2 diabetes patients: a cross-sectional analysis (35).</p> <p>Wermeling et al.</p> <p>Cardiovascular diabetology, 2012.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étude de l'association entre le nombre et le type de comorbidités et la QDV liée à la santé chez des patients diabétiques de type 2 en médecine générale.</p> <p>Méthode : classification des comorbidités en fonction de leur nombre (0, 1, 2 ou plus) et en fonction des associations possibles : diabète seul, diabète avec une comorbidité cardiovasculaire, diabète avec une comorbidité non cardiovasculaire et diabète avec comorbidité cardiovasculaire et non cardiovasculaire.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sélection des patients à partir des dossiers médicaux informatisés de 233 médecins généralistes, -Pays-Bas. <p>Dates d'inclusion non mentionnées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients entre 40 et 80 ans, -avec un diagnostic de diabète depuis plus d'un an, -suivis par leur médecin généraliste sans insulinothérapie, -hémoglobine glyquée (HbA1c) < 7,5%, -pression artérielle systolique (PAS) < 145 mmHg, -Cholestérol total < 5,2 mmol/L. <p>2,086 patients inclus</p>	<p>Mesure de la QDV liée à la santé via des questionnaires de QDV génériques dans la population d'intérêt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Dégradation de la QDV liée à la santé chez les patients diabétiques avec 1 ou plusieurs comorbidités surtout en cas d'insuffisance cardiaque / BPCO/ polyarthrite rhumatoïde et maladie artérielle périphérique. -Dégradation de la plupart des facteurs de QDV liée à la santé avec la majoration du nombre de comorbidités sauf pour les paramètres de santé mentale. -Diminution de la QDV liée à la santé dans les composantes du fonctionnement physique et de la santé générale chez les patients avec 1 ou 2 comorbidités. -Diminution de la QDV liée à la santé dans les domaines de fonctionnement physique, de la limitation des activités due à des problèmes physiques et de la composante physique du score chez les patients ayant 2 comorbidités comparé aux patients n'ayant pas de comorbidité. -Meilleure QDV liée à la santé chez les patients ayant uniquement un diagnostic de diabète. -Diminution de la QDV liée à la santé dans les domaines des limitations d'activité dues aux 	<p>SF-36, EQ-5D-5L.</p> <p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 9,30</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

				capacités physiques et dans la composante physique du score, chez les patients ayant des comorbidités cardiovasculaires et non cardiovasculaires par rapport aux patients ayant seulement des comorbidités cardiovasculaires.			
<p>BPCO et qualité de vie : impact de la maladie en médecine générale en France (36).</p> <p>Perez et al.</p> <p>Revue des maladies respiratoires, 2012.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mesure de la QDV liée à la santé chez des patients ayant une BPCO en soins primaires. -Tester le CAT sur un large échantillon. 	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tirage au sort de 106 médecins généralistes sur la base de données CEGEDIM, -France. <p>Dates d'inclusion : décembre 2008 à avril 2009.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients de 40 à 80 ans, -avec une BPCO confirmée depuis au moins 6 mois et VEMS/CVF < 70 % -tabagisme sévère ou actif 10 paquets-année. <p>383 patients inclus</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Mesure de la QDV liée à la santé chez les patients BPCO recrutés en médecine générale selon une échelle générique et spécifique. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dégradation des scores de QDV liée à la santé quel que soit le niveau de sévérité de la BPCO déterminé par le clinicien ou par la classification GOLD. -Meilleure QDV liée à la santé dans la composante mentale de la SF12 chez les hommes. -Les différences entre les stades de sévérité appréciés par le clinicien étaient significatives pour les questionnaires SGRQ, et SF-12-physical component score (PCS). -Dégradation des scores de QDV liée à la santé chez les patients ayant des exacerbations. -Dégradation du score de QDV liée à la santé chez les patients ayant 3 comorbidités ou plus. 	SF-12, SGRQ-C.	G et S	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 0,622</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</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 (37).</p> <p>Hecker et al.</p> <p>BMC Public Health, 2022.</p>	<p>Etude observationnelle prospective.</p> <p>Objectif : mesure de l'impact du surpoids et de l'obésité sur les dépenses de santé et la QDV liée à la santé dans la population néerlandaise.</p>	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Via Facebook et des sites internet concernant le surpoids et l'obésité, -Pays bas. <p>Dates d'inclusion : juin à décembre 2020</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients > 18 ans, -IMC > 25 kg/m². <p>97 patients inclus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Estimation des coûts liés au surpoids et à l'obésité. -Mesure de la QDV liée à la santé par des échelles génériques et spécifiques. 	<ul style="list-style-type: none"> -Diminution de la QDV liée à la santé chez les patients obèses ou en surpoids dans la dimension douleur/ inconfort du score EQ-5D-5L. -Lors de la mesure de la QDV liée à la santé avec l'échelle BODY Q, c'était la dimension « image du corps » qui montrait le taux de satisfaction le plus bas. -Dans les analyses en sous-groupes : <ul style="list-style-type: none"> >Le score d'utilité de l'EQ-5D était dégradé chez les patients atteints d'obésité comparé aux patients en surpoids. >Le score d'utilité de l'EQ-5D était plus élevé chez les 19-29 ans. 	EQ-5D-5L, BODY Q.	G et S	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 3,5</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Burden of post-herpetic neuralgia in a sample of UK residents aged 50 years or older: findings from the zoster quality of life (ZQDV) study (38).</p> <p>Serpell et al.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Faire un état des lieux de l'histoire de la maladie des patients atteints de névralgie post herpétique. -Etudier l'impact des névralgies post-herpétiques sur la QDV liée à la santé des patients âgés de 	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Soins primaires, secondaires et tertiaires, -Royaume Uni. <p>Dates d'inclusion : avril 2010 à mai 2011.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients atteints de névralgie post-herpétique, -âgés > 50 ans. 	<ul style="list-style-type: none"> -Présentation clinique de la névralgie post herpétique. -Comparaison de la QDV liée à la santé en population générale avec la QDV liée à la santé de l'échantillon étudié. 	<ul style="list-style-type: none"> -Diminution significative de la QDV liée à la santé selon le SF-36 en comparaison avec la QDV liée à la santé d'une population appariée sur l'âge avec une distribution normale. -Association significative entre les composantes physique et mentale de la SF-36 et les patients notant leur douleur comme la pire douleur sur l'échelle Zoster Brief Pain Inventory (ZBPI) -Dégradation du score de QDV liée à la santé dans les domaines de l'auto-évaluation de l'état 	SF-36, EQ-5D-5L.	G	<p>Echelle Downs and Black: 7/10</p> <p>Impact Factor: 2,28</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

Health and quality of life outcomes, 2014.	50 ans et plus. -Etudier le montant des dépenses induites par les névralgies post-herpétiques, -Etudier la satisfaction des patients après une prescription médicale.	82 patients recrutés en soins primaires, 70 patients recrutés en soins secondaires.		de santé et pour l'indice de l'état de santé en comparaison aux normes appariées sur l'âge.			
Can an intervention on clinical inertia have an impact on the perception of pain, functionality and quality of life in patients with hip and/or knee osteoarthritis? Results from a cluster randomised trial (39). Varillasa et al. Atencion Primaria, 2012.	Etude randomisée contrôlée. Objectif : -Primaire : déterminer si une intervention en médecine générale permettant de diminuer la sédentarité des patients atteints de gonarthrose et/ou de coxarthrose améliorerait leurs symptômes. -Secondaire : préciser quelles sont les caractéristiques cliniques des patients atteints d'arthrose et quels sont les facteurs liés à la sédentarité.	Lieu de recrutement : -Patientèle de médecins généralistes travaillant dans la même clinique de soins primaires, -Espagne. Dates d'inclusion : septembre à octobre 2007. Critères d'inclusion : -Patients consultant au centre de soins primaires avec un diagnostic de coxarthrose et/ou gonarthrose. 4,076 patients inclus	Evolution de la QDV liée à la santé entre la première et la deuxième visite dans le groupe suivi et le groupe contrôlé par des médecins formés aux techniques motivationnelles et aux dernières recommandations sur la prise en charge de l'arthrose.	-Absence de différence significative sur le score total de QDV liée à la santé entre les 2 visites dans les 2 groupes. -Une seule différence significative dans le score de vitalité de la SF-12 dans le groupe interventionnel. -Diminution de la QDV liée à la santé chez les patients avec de l'arthrose comparé à la population générale espagnole. -Amélioration de la QDV liée à la santé globale entre les 2 visites sur l'échantillon total étudié.	SF-12, EQ-VAS.	G	Echelle Downs and Black: 21/27 Impact Factor: 1,8. Niveau de preuve HAS 2, grade B
Can goal-setting for patients with multimorbidity improve outcomes in primary care? Cluster randomised feasibility trial (40). Ford et al. BMJ open, 2019.	Etude randomisée contrôlée. Objectif : étude de faisabilité pour évaluer si l'établissement d'objectifs chez des patients multimorbides améliore « les résultats patients » dont la QDV liée à la santé. Méthode : -1 groupe avec des consultations établissant des objectifs de soins. -1 groupe contrôle.	Lieux de recrutement : -6 cabinets de médecine générale, -Royaume Uni. Dates d'inclusion : avril à mai 2017. Suivi jusqu'en février 2018. Critères d'inclusion : -Age > 18 ans, -patients dans les 2% les plus à risque d'être hospitalisés de façon non programmée, -ayant 2 comorbidités ou plus. 52 patients recrutés	Mesure de la QDV liée à la santé et de la capacité d'action des patients.	-Absence de différence significative entre les 2 groupes sur la QDV liée à la santé. -Processus acceptable et soutenu par les médecins généralistes.	EQ-5D-5L	G	Echelle Downs and Black: 22/27 Impact Factor: 2,4 Niveau de preuve HAS 2, grade B
Change in cardio-protective medication and health-related quality of life after diagnosis of screen-detected diabetes: Results from the	Essai randomisé contrôlé. Objectif : -Primaire : déterminer quel est l'impact du changement de thérapeutique à visée cardioprotectrice sur la QDV liée	Lieux de recrutement : -Données issues de l'étude ADDITION, -49 cabinets de médecine générale, -Angleterre. Dates d'inclusion non précisées.	Evolution de la QDV liée à la santé à 1 et 5 ans du diagnostic en fonction du traitement reçu.	-Diminution du score de QDV liée à la santé à 1 an mesuré par l'ADDQDV-AWI suggérant un impact négatif du diabète sur la QDV liée à la santé. -Absence de changement dans les scores de QDV liée à la santé entre les mesures à 1 et 5 ans.	EQ-5D-5L, SF-36, ADDQoL-AWI.	G et S	Echelle Downs and Black: 20/27 Impact Factor: 5,9

<p>ADDITION-Cambridge cohort (41).</p> <p>Black et al.</p> <p>Diabetes research and clinical practice, 2015.</p>	<p>à la santé entre le début de l'étude, 1 et 5 ans plus tard.</p> <p>-Secondaire : examiner si le changement de thérapeutique à visée cardioprotectrice dans l'année suivant le diagnostic change la QDV liée à la santé des patients 5 ans plus tard.</p> <p>Méthode : constitution de 2 groupes.</p> <p>-Un groupe recevant un traitement standard.</p> <p>-Un groupe recevant un traitement intensif.</p>	<p>Critères d'inclusion :</p> <p>-Patient âgés entre 40 et 69 ans,</p> <p>-avec un diabète découvert à la suite du dépistage organisé chez les patients à haut risque.</p> <p>867 patients inclus</p>		<p>-La prise supplémentaire d'un traitement cardioprotecteur permettait d'améliorer la composante physique des échelles SF-36 et EQ-5D.</p> <p>-Diminution de la QDV liée à la santé mesurée par ADDQDV-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, il n'y avait pas d'amélioration de la QDV liée à la santé dans les différentes échelles entre les mesures à 1 an et 5 ans après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels.</p>			<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>
<p>Changes in health-related quality of life before and after a 12-month enhanced primary care model among chronically ill primary care patients in Australia (42).</p> <p>John et al.</p> <p>Health and quality of life outcomes, 2020.</p>	<p>Etude observationnelle prospective.</p> <p>Objectif :</p> <p>-Mesurer la QDV liée à la santé avant et après 1 an d'inclusion dans un programme d'amélioration des soins primaires.</p> <p>-Etudier les facteurs prédictifs de changement dans la QDV liée à la santé pour les patients atteints d'une ou plusieurs comorbidités.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <p>-6 cabinets de médecine générale, -Australie.</p> <p>Dates d'inclusion : décembre 2016 à octobre 2017.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>-Patients >40 ans,</p> <p>-1 ou 2 comorbidités,</p> <p>-avoir vu ≥ 3 fois son médecin traitant en consultation sur les 2 dernières années.</p> <p>616 patients inclus</p>	<p>Critère de jugement principal :</p> <p>-Changement de l'indice EQ-5D après 1 an de participation au programme.</p> <p>Critère de jugement secondaire :</p> <p>-Moyenne des scores HOOS et KOOS dans le sous-groupe de patient atteint d'arthrose.</p>	<p>-Amélioration significative des scores de QDV liée à la santé après 1 an de suivi du programme d'amélioration des soins.</p> <p>-La proportion de patients qui déclarait une amélioration dans les différents domaines de l'EQ-5D était plus grande que la proportion de patients déclarant une aggravation.</p> <p>-L'amélioration des scores de QDV liée à la santé était plus grande chez les patients ayant 2 comorbidités ou plus.</p> <p>-Amélioration du Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) et du Hip Injury and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) après 1 an de suivi.</p>	<p>EQ-5D-5L</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black 9/10</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>
<p>Chronic care model in primary care: can it improve health-related quality of life? (43)</p> <p>Aryani et al.</p> <p>Integrated pharmacy research & practice, 2016.</p>	<p>Essai randomisé contrôlé.</p> <p>Objectif : étudier l'impact du modèle de soins chronique sur la QDV liée à la santé.</p> <p>Méthode :</p> <p>-Dans le groupe interventionnel : 1 visite par mois tous les 6 mois chez le médecin traitant et suivi par un pharmacien, un diététicien et une infirmière.</p> <p>Mesure de la QDV à l'inclusion et après 6 mois.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <p>-Centres de santé de soins primaires, -Malaisie.</p> <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>-Age > 18 ans</p> <p>-diagnostic d'hypertension artérielle, de diabète ou d'hypercholestérolémie,</p> <p>-ou patient ayant un médicament pour l'une de ces pathologies.</p> <p>784 patients inclus</p>	<p>Evolution de la QDV liée à la santé après 6 mois de soins selon le modèle des soins chroniques et avec une prise en charge pluri disciplinaire.</p>	<p>-Amélioration de la QDV liée à la santé mesurée par l'EQ-VAS et l'index EQ-5D de façon significative dans le groupe interventionnel.</p> <p>-Proportion plus importante dans le groupe interventionnel de patients rapportant une amélioration minimale significative de la QDV liée à la santé par rapport au groupe contrôle.</p> <p>-Après ajustement sur les caractéristiques des patients, amélioration de l'EQ-VAS mais pas de l'index EQ-5D.</p> <p>-Amélioration de l'EQ-VAS score dans les 3 maladies étudiées dans le groupe interventionnel.</p> <p>-Amélioration dans le domaine "douleur/inconfort" pour les 3 maladies étudiées.</p>	<p>EQ-5D-5L</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 21/27</p> <p>Impact Factor: 2,1</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>

<p>Comorbidities and characteristics of coronary heart disease patients: their impact on health-related quality of life (44).</p> <p>Tušek-Bunc et al.</p> <p>Health and quality of life outcomes, 2016.</p>	<p>Etude descriptive et exploratoire issue d'une étude transversale.</p> <p>Objectif : étudier le lien entre la QDV liée à la santé des patients atteints de cardiopathie chronique, leurs caractéristiques, leurs comorbidités et l'association à des troubles anxieux ou à une dépression.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -36 cabinets de médecine générale et dans chaque cabinet sélection aléatoire de 30 patients atteints de maladie cardiaque chronique, -Slovénie. <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion : diagnostic de cardiopathie chronique.</p> <p>423 patients inclus</p>	<p>Mesure de la QDV liée à la santé chez des patients atteints de cardiopathie chronique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Diminution de la QDV liée à la santé lorsque le nombre de consultations par an chez le médecin généraliste augmente. -Diminution de la QDV liée à la santé en cas d'association à de l'insuffisance cardiaque ou à un trouble anxieux ou dépressif. -Les comorbidités les plus invalidantes étaient l'insuffisance cardiaque, la maladie artérielle périphérique et l'anxiété/dépression. -L'insuffisance cardiaque et la pression artérielle périphérique étaient prédictifs d'une moins bonne QDV liée à la santé mesurée par l'index EQ-5D. 	<p>EQ-5D-5L</p> <p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients (45).</p> <p>Zygmuntowicz et al.</p> <p>Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej, 2012.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier l'association entre la QDV liée à la santé et les comorbidités chez les patients hypertendus.</p>	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Au sein de la patientèle de 832 médecins généralistes, -Pologne. <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients traités pour de l'hypertension artérielle depuis ≥ 3 mois. <p>12,525 patients inclus</p>	<p>Variation de la QDV liée à la santé selon l'échelle SF-12 chez les patients hypertendus en fonction de leurs comorbidités.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La QDV liée à la santé était plus basse chez les femmes, les patients âgés, les patients prenant plus de médicaments, dans toutes les dimensions de la SF-12. -Meilleure QDV liée à la santé chez les patients avec un niveau d'éducation plus important. -Diminution de la QDV liée à la santé, surtout dans la dimension de la santé physique, avec l'augmentation de la durée du traitement antihypertenseur. -Diminution de la QDV liée à la santé dans toutes les dimensions du SF-12 en cas d'association avec certaines comorbidités : BPCO/asthme, discopathie dégénérative, coronaropathies, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), diabète, radiculopathie, troubles de la personnalité. -Les scores les plus bas dans les dimensions du fonctionnement social, de la vitalité et du rôle émotionnel étaient fortement associés à l'épilepsie et aux troubles de la personnalité. -Diminution de la QDV liée à la santé dans la dimension de la santé physique, en cas de lithiase urinaire, épilepsie et BPCO/asthme. 	<p>SF-12</p> <p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 8/10</p> <p>Impact Factor: 3,8</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Comparing assessment of diabetes-related quality of life between patients and their physicians (46).</p> <p>Tamir et al.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Etudier le degré de concordance entre la QDV liée à la santé déclarée par les patients diabétiques et celle perçue par les professionnels de santé et 	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -9 structures de soins primaires et 5 centres de diabétologie, -Israël. <p>Dates d'inclusion : août 2011 à décembre 2012.</p> <p>Critères d'inclusion : patients diabétiques</p>	<p>Critère de jugement principal : étudier la concordance entre la QDV liée à la santé rapportée par les patients diabétiques et celle rapportés par leurs médecins.</p> <p>Critère de jugement</p>	<ul style="list-style-type: none"> -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. -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 	<p>EQ-5D-3L, DQL-BCI.</p> <p>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 7/10</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de</p>

Health and quality of life outcomes, 2018.	les facteurs prédictifs de cette concordance. -Etudier si la capacité à estimer la QDV liée à la santé diffère entre les médecins généralistes et les diabétologues.	suivis dans les cliniques sélectionnées. 136 patients inclus	secondaire : 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.	dans les structures de soins secondaires. -Cette étude retrouvait une grande concordance entre la QDV liée à la santé estimée par l'EQ-5D-3L par les praticiens et les patients. -Pour l'évaluation de la QDV liée à la santé avec une échelle spécifique : meilleure QDV liée à la santé déclarée par les patients et les médecins dans les structures de soins primaires par rapport aux soins secondaires. Concordance significative dans les 2 structures. -Les généralistes avaient tendance à surestimer la QDV liée à la santé spécifique et les spécialistes à la sous-estimer.			preuve HAS 4, grade C
Comparing the EQ-5D-3 L and EQ-5D-5 L: studying measurement and scores in Indonesian type 2 diabetes mellitus patients (47). Arifin et al. Health and quality of life outcomes, 2020.	Etude transversale. Objectif : comparer la mesure de la QDV liée à la santé chez les patients diabétiques entre les 2 échelles EQ-5D-3L et EQ-5D-5L.	Lieux de recrutement : -1 clinique de soins secondaires et 2 cliniques de soins primaires, -Indonésie. Dates d'inclusion : juin 2016 à avril 2017. Critères d'inclusion : -Avoir > de 18 ans. -Patients diabétiques avec un suivi ambulatoire. 198 patients inclus	Variation des scores de QDV liée à la santé chez les patients diabétiques en fonction de l'échelle utilisée.	-La dimension douleur/ inconfort a été la plus souvent rapportée par le patient comparé aux autres dimensions des échelles. -Dans la version 5L, la proportion de patients ne rapportant aucun problème dans aucune des dimensions était plus faible que dans la version 3L, sans que cette différence soit significative. Cela montrait un effet plafond moins important pour la version 5L. -La version 5L avait une meilleure efficacité dans la classification de chaque domaine de l'échelle montrant ainsi une meilleure capacité discriminative.	EQ-5D-3L, EQ-5D-5L	G	Echelle Downs and Black: 7/10 Impact Factor: 3,2 Niveau de preuve HAS 4, grade C
Correlates of health-related quality of life in type 2 diabetes (48). Wexler et al. Diabetologia, 2006.	Etude transversale. Objectif : déterminer les facteurs qui contribuent à la diminution de la QDV liée à la santé chez les patients diabétiques de type 2.	Lieux de recrutement : -Centre de soins primaires et cabinet de médecine interne rattaché à un hôpital, -Etats-Unis. Dates d'inclusion : décembre 2001 à juillet 2003. Critères d'inclusion : -Patients avec un diagnostic de diabète posé avant le début de l'étude, -au moins 1 consultation pendant la première moitié de l'étude et 1 pendant la deuxième moitié au sein d'un des 2 centres. 953 patients inclus	Mesure de la QDV liée à la santé chez les patients diabétiques de type 2 et réalisation de modèles multivariés pour déterminer les facteurs influençant la QDV liée à la santé.	-La QDV liée à la santé était plus basse chez les patients avec une dépression concomitante. -La QDV liée à la santé était réduite chez les patients avec certaines comorbidités associées : cardiopathie chronique, insuffisance cardiaque, BPCO, dépression. -La QDV liée à la santé était diminuée chez les patient traités par insuline, avec une plus grande durée du diabète et poly médiqués. -Diminution significative de la QDV liée à la santé en cas d'association du diabète avec des complications microvasculaires, de l'insuffisance cardiaque ou la prise de plusieurs traitements. Mais c'est la présence d'une dépression qui entraînait la plus grande diminution dans les scores de QDV liée à la santé.	HUIM-III	G	Echelle Downs and Black: 10/10 Impact Factor: 8,4 Niveau de preuve HAS 4, grade C
Correlation between disease severity	Analyse groupée de 4 études transversales.	Lieux de recrutement : -Centres de soins primaires,	Variation de la QDV liée à la santé en fonction de	-Diminution de la QDV liée à la santé mesurée par l'EQ-5D-3L pour les patients avec un bas	EQ-5D-3L	G	Echelle Downs and

<p>factors and EQ-5D utilities in chronic obstructive pulmonary disease (49).</p> <p>Esquinas et al.</p> <p>Quality of life research: an international journal of quality-of-life aspects of treatment, care and rehabilitation, 2020</p>	<p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Déterminer l'état de santé dans une population de patients BPCO en fonction des caractéristiques cliniques. -Identifier les variables ayant les conséquences les plus importantes sur l'état de santé des patients ayant une BPCO. 	<ul style="list-style-type: none"> -centre spécialisés en pneumologie, -Espagne. <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patient ayant une BPCO stable (dernière exacerbation datant de > 1 mois), -âge > 40 ans, -fumeur ou anciens fumeurs, -Avec VEMS/CVF < 0,7. <p>6,198 patients inclus.</p>	<p>différentes caractéristiques cliniques.</p>	<p>niveau d'éducation, vivant dans des structures de soins longue durée, avec une incapacité à travailler, avec de l'oxygène au long cours et chez le patient fumeur.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dégradation de la QDV liée à la santé associée aux scores de dépression et d'anxiété (HAD). -Diminution de la QDV liée à la santé avec l'augmentation de la sévérité de la BPCO. -Amélioration de la QDV liée à la santé mesurée par le système descriptif en cas d'activité physique rapportée par les patients et avec l'amélioration du VEMS. -En analyse multivariée, la présence de comorbidités, un plus haut grade de dyspnée, un plus grand nombre d'admission à l'hôpital, et l'utilisation d'oxygène au long cours et de moins bons scores CAT étaient liés à une diminution de l'état de santé mesuré par EQ-5D-3L. Et lorsqu'une activité physique était déclarée par le patient les scores de QDV liée à la santé étaient meilleurs. 			<p>Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,3</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Cross-cultural adaptation of the Spanish MINICHAL instrument into English for use in the United Kingdom (50).</p> <p>Jordan et al.</p> <p>Health and quality of life outcomes, 2022.</p>	<p>2 types : étude transversale puis prospective interventionnelle.</p> <p>Objectif : traduire, adapter et évaluer les performances psychométriques de l'échelle MINICHAL en vue d'une utilisation au Royaume Uni.</p> <p>Méthode : 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. Mesure de la QDV liée à la santé au début et après 18 semaines.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sélection de 22 centres de soins primaires ou secondaires, -Royaume-Uni. <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients entre 18 et 79 ans, -PAS ≥ 170 mmHg au cabinet, -n'ayant jamais eu de traitement anti-hypertenseur. <p>30 patients inclus.</p>	<p>Critère de jugement principal : traduction en anglais et validation de l'échelle espagnole MINICHAL.</p> <p>Critère de jugement secondaire : évaluer l'effet sur la QDV liée à la santé d'un traitement anti-hypertenseur chez des patients avec une hypertension artérielle grade 2-3, naïfs de tout traitement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Effet seuil important mais absence d'effet plafond pour l'échelle Short Form of Quality of Life Questionnaire for Arterial Hypertension (MINICHAL) traduite en anglais. -Bonne fiabilité dans les 2 domaines de l'échelle MINICHAL. -Corrélation significative entre les dimensions de l'échelle MINICHAL traduite. -Amélioration de la QDV lié à la santé mesurée par l'EQ-VAS et par l'échelle Bulpitt Fletcher après 18 semaines de traitement. Résultats concordants mais non significatifs lors de la mesure de la QDV liée à la santé avec le MINICHAL. 	<p>EQ-5D-5L, Bulpitt Fletcher, MINICHAL</p>	<p>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 13/27</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C, puis 2, grade B</p>
<p>Depression and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier les symptômes dépressifs chez les patients ayant une BPCO.</p>	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Base de données du réseau Kaiser permanente, -Etats-Unis. 	<p>Etablir le grade de sévérité clinique de la BPCO des patients avec le test de marche des 6 minutes.</p> <p>-Variation de la QDV en</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Diminution de la QDV liée à la santé spécifique chez les patients avec des symptômes dépressifs après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels. -Diminution de la QDV liée à la santé dans la 	<p>SF-12, Airways questionnaire 20.</p>	<p>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact</p>

<p>(51). Omachi et al. The American journal of medicine, 2009.</p>	<p>Méthode : recrutement d'une cohorte de contrôle avec des sujets sains.</p>	<p>Dates d'inclusion : janvier 2005 à février 2007. Critères d'inclusion : -1 visite médicale ou 1 hospitalisation concernant la BPCO dans les 12 derniers mois, -prise ≥ 2 traitements pour la BPCO. 1,212 patients inclus</p>	<p>fonction de la présence de symptômes dépressifs.</p>	<p>composante physique chez les patients avec des symptômes dépressifs.</p>			<p>Factor: 5,1 Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p>
<p>Depressive symptoms decrease health-related quality of life of patients with coronary artery disease and diabetes: a 12-month follow up study in primary care (52). Tusa et al. Scandinavian journal of primary health care, 2023.</p>	<p>Etude observationnelle prospective. Objectif : étudier si la présence de symptômes dépressifs associés à une maladie chronique (hypertension artérielle, coronaropathie, diabète) est facteur prédictif de la QDV liée à la santé sur une durée de suivi de 12 mois.</p>	<p>Lieu de recrutement : -Patients enregistrés au centre de soins primaire d'une municipalité, -Finlande. Dates d'inclusion : février 2017 à mars 2018. Critère d'inclusion : -Age > 18 ans, -diagnostic d'hypertension artérielle, de coronaropathie ou de diabète. 605 patients inclus</p>	<p>Evaluer l'association entre les symptômes dépressifs chez des patients ayant une maladie chronique et la QDV liée à la santé.</p>	<p>-Différence significative dans les dimensions de la respiration et de l'alimentation entre les différents groupes après ajustement sur le sexe, l'âge, l'Indice de Masse Corporelle (IMC), les comorbidités, le niveau d'éducation et le fait de ne pas vivre seul. -Absence de changement dans les scores de QDV liée à la santé dans les 3 groupes de maladies. -Chez les patients avec une coronaropathie ou un diabète, il y avait une diminution de la QDV liée à la santé lors de la présence de symptômes dépressifs. -Après un suivi de 12 mois il était observé que plus le score de dépression était élevé à l'inclusion, plus la QDV liée à la santé se dégradait.</p>	<p>15-D</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 9/10 Impact Factor: 1,9 Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Determinants of Quality of Life after Stroke in Southern Portugal: A Cross-Sectional Community-Based Study (53). Lourenço et al. Brain sciences, 2021.</p>	<p>Etude transversale. Objectifs : déterminer quels sont les facteurs qui affectent la QDV liée à la santé des patients ayant eu un AVC.</p>	<p>Lieux de recrutement : -Centres de soins primaires, -Portugal. Dates d'inclusion : février à septembre 2018. Critères d'inclusion : -Age > 18 ans, -diagnostic d'AVC depuis ≥ 3 mois, -suivi dans ce centre de soins primaires. 102 patients inclus.</p>	<p>Evaluation de l'association entre les différentes variables et la QDV liée à la santé chez les patients ayant eu un AVC.</p>	<p>-Diminution de la QDV liée à la santé dans les domaines de la santé physique et mentale chez les patients plus âgés au moment de l'AVC. -Diminution de la QDV liée à la santé dans tous les domaines chez les patients retraités ou qui nécessitent des aides humaines. -Diminution de la QDV liée à la santé dans les domaines de la santé physique, mentale et sur le score global chez les patients avec un traitement régulier et avec des comorbidités. -La QDV liée à la santé était plus faible chez les patients ayant eu un AVC hémorragique par rapport aux patients ayant eu un AVC ischémique. -Amélioration de la QDV liée à la santé dans tous les domaines chez les patients avec un niveau d'éducation plus important et avec des revenus plus élevés.</p>	<p>WHOQoL-BREF</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10 Impact Factor: 2,7 Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

				<p>-Meilleure QDV liée à la santé chez les patients divorcés dans les domaines de la santé physique, mentale, des relations sociales et sur le score global.</p> <p>-En analyse multivariée, le seul facteur prédictif retrouvé était le score de Rankin pour les domaines de la santé physique et mentale et sur le score global.</p> <p>-Un des facteurs prédictifs pour le domaine de l'environnement était le montant des revenus du foyer.</p>			
<p>Development and validation of a new health-related quality of life instrument for patients with sinusitis (54).</p> <p>Atlas et al.</p> <p>Quality of life research: an international journal of quality-of-life aspects of treatment, care and rehabilitation, 2005.</p>	<p>Etude observationnelle prospective.</p> <p>Objectif : développer un nouvel instrument de mesure de la QDV liée à la santé chez les patients ayant une sinusite et évaluer la sensibilité de cet outil.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Centre ambulatoire de médecine générale, centre ambulatoire de médecine interne, 2 cabinets d'ORL pour les patients pré-opérateurs, -Etats-Unis. <p>Dates inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patient ayant une sinusite allergique, une sinusite chronique ou une sinusite aiguë, -âge > 18 ans, -ne pas avoir d'antécédent ORL non lié à la sinusite. -Pour les patients avec une sinusite aiguë : avoir eu 3 jours de symptômes et avoir bénéficié d'un diagnostic de sinusite aiguë avec la prescription d'un traitement antibiotique. -Pour les patients avec une sinusite chronique : avoir eu des symptômes pendant ≥ 3 mois et avoir une chirurgie programmée, nécessité d'une confirmation diagnostique par un scanner. -Pour les patients avec une rhinite allergique : symptômes liés à la sinusite allergique et diagnostic posé par un professionnel. <p>175 patients inclus.</p>	<p>Mesure de la validité convergente entre la SF-12 et les mesures spécifiques de la QDV liée à la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Corrélation entre la composante physique de la SF-12 et le score d'impact des symptômes. -Corrélation entre la composante mentale de la SF-12 et l'impact des symptômes. -Très bonne capacité au changement de la nouvelle échelle dans le cadre de la sinusite aiguë après antibiothérapie. 	SF-12, New Rhinosinusitis Quality of Life Survey.	G et S	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,3</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Disability and quality of life of patients with knee or hip osteoarthritis in the</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif :</p> <p>-Déterminer la QDV liée à la</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cabinets de médecine générale, -France. 	<p>Variation du score de QDV liée à la santé en fonction de différents facteurs.</p>	<p>-Diminution de la QDV liée à la santé chez les patients atteints de coxarthrose ou de gonarthrose par rapport à la population générale française.</p>	SF-36	G	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact</p>

<p>primary care setting and factors associated with general practitioners' indication for prosthetic replacement within 1 year (55).</p> <p>Boutron et al.</p> <p>Osteoarthritis and cartilage, 2008.</p>	<p>santé et l'incapacité induite par la coxarthrose et la gonarthrose en soins primaires.</p> <p>-Evaluer l'association entre les caractéristiques du patient et l'opinion du médecin généraliste à propos du besoin de proposer une prothèse totale dans l'année suivant la consultation.</p>	<p>Dates d'inclusion : septembre 2004 à février 2005.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Age > 45 ans, -coxarthrose ou gonarthrose comme motif principal de consultation, -avec confirmation radiographique du diagnostic. <p>4,121 patients inclus</p>		<p>-Les patients pour qui une prothèse totale était indiquée par le médecin généraliste, avaient une moins bonne QDV liée à la santé.</p> <p>-Absence de différence de QDV liée à la santé entre les patients pour qui une prothèse de genou était indiquée et ceux pour qui une prothèse de hanche était indiquée.</p>			<p>Factor: 7,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p>
<p>Effects of an internet support system to assist cancer patients in reducing symptom distress: a randomized controlled trial (56).</p> <p>Ruland et al.</p> <p>Cancer nursing, 2013.</p>	<p>Essai randomisé contrôlé.</p> <p>Objectif : étudier les effets de l'application "web choice" chez des patients atteints de cancers du sein et de la prostate.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Presse nationale, site de la société norvégienne de cancérologie et mail envoyé aux patients du registre national norvégien des cancers, -Norvège. <p>Dates d'inclusion : mai 2006 à juin 2007.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnostic d'un cancer du sein ou de la prostate et être en cours de traitement, -âge > 18 ans, -parler le norvégien, -avoir internet au domicile, -absence d'antécédent de radiothérapie cérébrale. <p>325 patients inclus.</p>	<p>Critère de jugement principal : mesure de la détresse liée aux symptômes.</p> <p>Critères de jugement secondaire : mesure de la dépression, de la QDV liée à la santé, de l'efficacité personnelle et du soutien social.</p>	<p>-Absence de différence significative sur la QDV liée à la santé dans les 2 groupes.</p> <p>-Dégradation de la QDV liée à la santé dans le groupe contrôle durant l'étude, qui n'était pas retrouvée dans le groupe interventionnel.</p> <p>-Dans les analyses en sous-groupe chez les patients diagnostiqués depuis moins de 2 ans, il a été montré une diminution de la QDV liée à la santé qui n'était toutefois pas statistiquement significative.</p>	15-D	G	<p>Echelle Downs and Black: 21/27</p> <p>Impact Factor: 2,4</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B.</p>
<p>Empowerment and enablement and their associations with change in health-related quality of life after a supported osteoarthritis self-management programme - a prospective observational study (57).</p>	<p>Etude de cohorte prospective interventionnelle.</p> <p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluer la QDV liée à la santé des patients atteints d'arthrose, 3 et 9 mois après avoir suivi un programme de soutien à l'autogestion de l'arthrose, -Evaluer si la responsabilisation et l'habilitation des patients peut améliorer la QDV liée à la santé. 	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -7 centres de soins primaires, -Suède. <p>Dates d'inclusion : avril 2016 à juin 2018.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnostic de coxarthrose et/ou de gonarthrose, -parler suédois, -participer au programme Supported Osteoarthritis Self-Management Programme (SOASP). 	<p>-Mesure de la QDV liée à la santé des patients avant et après le programme d'éducation thérapeutique.</p> <p>-Mesure de la responsabilisation et de l'habilitation des patients avant et après le programme d'éducation thérapeutique.</p>	<p>-Le plus haut niveau de QDV liée à la santé a été mesuré 3 mois après avoir suivi le programme.</p> <p>-Amélioration de la QDV liée à la santé mesurée par l'EQ-5D-5L et l'EQ-VAS entre la mesure à l'inclusion et les mesures à 3 et 9 mois.</p> <p>-Absence de modification de la QDV liée à la santé malgré le changement dans le score de responsabilisation des patients entre les mesures à l'inclusion et à 3 mois.</p> <p>-Absence d'impact du score PEI d'habilitation sur la QDV liée à la santé.</p>	EQ-5D-5L	G	<p>Echelle Downs and Black: 17/27</p> <p>Impact Factor: 3,6</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>

Åkesson et al., Archives of physiotherapy, 2023.		143 patients inclus.					
Endométriose et qualité de vie : le rôle du soutien social et des stratégies de coping (58). Guillemot et al. Bulletin de psychologie, 2023	Etude transversale. Objectifs : -Etudier les potentielles interactions entre le soutien social perçu, les stratégies d'adaptation et la QDV liée à la santé. -Identifier les effets des variables transactionnelles sur la QDV liée à la santé physique et mentale chez les patientes ayant de l'endométriose.	Lieu de recrutement : -Protocole de recherche déposé en ligne et diffusé sur les sites de 2 associations de patientes, -France. Dates d'inclusion non précisées. Critères d'inclusion : -Diagnostic d'endométriose ou d'adénomyose posé par imagerie ou chirurgie, -âge > 18 ans, -comprendre et parler le français, -ne pas avoir d'antécédent psychiatrique. 550 patients inclus.	Evaluation des variations de la QDV liée à la santé en fonction de différentes variables (soutien social, stratégies de coping, le stress et la douleur).	-Corrélation positive entre une meilleure disponibilité du soutien social et la QDV liée à la santé dans la composante physique et mentale. -Corrélation positive entre la dimension de satisfaction du soutien social et la QDV liée à la santé dans la composante physique et mentale. -Chez les patientes avec un niveau de stress élevé, il a été montré une majoration des limitations physiques, des douleurs physiques, une baisse de la vitalité et un moins bon fonctionnement social. -L'utilisation de stratégies d'adaptation centrées sur le problème permet une amélioration de la QDV liée à la santé notamment dans les composantes de la santé mentale et physique contrairement aux stratégies de coping centrées sur les émotions qui ont montré une corrélation négative avec la QDV liée à la santé. -Les analyses de variance ont montré une diminution de la QDV liée à la santé chez les patientes ayant des douleurs chroniques.	SF-36	G	Echelle Downs and Black: 8/10 Impact Factor: 0,3 Niveau de preuve HAS 4, grade C
Energy Intake and Severity of Dementia Are Both Associated with Health-Related Quality of Life among Older Long-Term Care Residents (59). Salminen et al. Nutrients, 2019.	Etude transversale. Objectif : déterminer l'association entre la sévérité de la démence et la QDV liée à la santé chez les personnes âgées et comment l'apport nutritionnel peut modifier cette association.	Lieux de recrutement : -14 foyers logement et 3 EHPADs, -Finlande. Dates d'inclusion non précisées. Critères d'inclusion : -Age ≥ 65 ans, -parler finnois ou suédois, -vivre de façon permanente dans une structure de soins ou un foyer logement, -évaluation clinique de la démence, -recueil d'un journal alimentaire sur 1 ou 2 jours. 538 patients inclus.	Variation de la QDV liée à la santé en fonction de la sévérité de la démence.	-Diminution de la QDV liée à la santé chez les patients avec une démence sévère comparé à ceux avec une démence légère à modérée. -Chez les patients avec une démence très légère à légère, amélioration du score global de QDV liée à la santé chez les patients avec un plus haut apport énergétique. -Chez les patients avec une démence modérée, les dimensions des activités usuelles et de la mobilité étaient associées à l'apport énergétique. -Absence d'association significative entre la QDV liée à la santé et les apports nutritionnels chez les patients avec une démence sévère.	15-D	G	Echelle Downs and Black: 8/10 Impact Factor: 4,8 Niveau de preuve HAS 4, grade C
Evaluating the PROMIS-29 v2.0 for use among older	Etude transversale. Objectif : établir la validité du	Lieu de recrutement : -Réseau Kaiser permanente Colorado, -Etats Unis.	-Etude de la relation entre le score PROMIS 29v2.0 et les variables classées par les	-Le score PROMIS en santé mentale était identique aux scores retrouvés en population générale aux Etats Unis.	PROMIS-29 v2.0, SF-36.	G	Echelle Downs and Black: 8/10

<p>adults with multiple chronic conditions (60).</p> <p>Rose et al.</p> <p>Quality of life research: an international journal of quality-of-life aspects of treatment, care and rehabilitation, 2018.</p>	<p>score PROMIS 29v2.0 dans une population âgée poly morbide.</p>	<p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Age ≥ 65 ans, -suivi par un médecin généraliste dans un centre de soins primaires, -être venu en consultation au moins une fois sur les 12 derniers mois, -avoir ≥ 2 pathologies chroniques parmi une liste de 13 pathologies chroniques retenues pour cette étude. <p>3,749 patients inclus.</p>	<p>patients selon leur importance.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Etude de la validité de l'échelle PROMIS 29v2.0 par l'étude de la fonction différentielle des items. <p>Puis comparaison avec le score VR-36.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Diminution de la QDV liée à la santé dans sa composante physique dans l'échantillon par rapport à la population américaine. -Diminution de la QDV liée à la santé dans les composantes de la santé mentale et surtout physique chez les patients les plus âgés. -Diminution de la QDV liée à la santé chez les femmes et les personnes d'origine hispanique. -Diminution de la QDV liée à la santé chez les patients avec une insuffisance cardiaque d'origine congestive surtout dans sa composante physique. -Diminution de la QDV liée à la santé globale chez les patients souffrant de dépression majeure en comparaison avec ceux n'en souffrant pas. -Corrélation positive entre les 2 échelles montrant que le score PROMIS est une mesure valide de la QDV liée à la santé dans cette population de patients âgés. 			<p>Impact Factor : 3,3</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Evaluation of the health-related quality of life of Emirati people with diabetes: integration of sociodemographic and disease-related variables (61).</p> <p>Bani-Issa et al.</p> <p>East Mediterr Health J, 2011.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier la QDV chez les patients diabétiques vivants aux Emirats Arabes Unis.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -4 centres de soins primaires et 4 centres de soins spécialisés en diabétologie, -Emirats Arabes Unis. <p>Dates d'inclusion : février 2009 à juin 2009.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Age ≥ 20 ans, -comprendre et parler l'arabe, -diagnostic de diabète de type 1 ou 2v posé > 6 mois avant l'inclusion. <p>200 patients inclus.</p>	<p>Variation des scores de QDV liée à la santé en fonction des variables socio-démographiques et liées à la maladie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Influence significative du statut matrimonial, de la durée du diabète et de la présence de complications sur la QDV liée à la santé globale. -La présence de complications entraînait une diminution de la QDV liée à la santé dans tous les domaines de l'échelle WHOQoL-BREF. -Bonne cohérence interne de cette échelle. 	<p>WHOQoL-BREF</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 8/10</p> <p>Impact Factor: 1,7</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Exercise in elderly patients with chronic heart failure in primary care: effects on physical capacity and health-related quality of life (62).</p> <p>Pihl et al.</p> <p>European journal of</p>	<p>Étude interventionnelle prospective longitudinale.</p> <p>Objectif : 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 atteints d'insuffisance cardiaque</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pour le groupe interventionnel : 4 centres de soins primaires, -pour le groupe contrôle : recrutement des patients dans un autre Conté, -Suède. <p>Dates d'inclusion : 2006 à 2009.</p> <p>Critères d'inclusion :</p>	<p>Variation des scores de QDV liée à la santé entre le groupe interventionnel et le groupe contrôle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Nette amélioration de la QDV liée à la santé dans le groupe interventionnel pour les composantes de la santé globale et de la santé physique de l'échelle SF-36, 3 mois après l'inclusion. -Amélioration de la QDV liée à la santé dans la composante physique mesurée par le Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. -Amélioration de la QDV liée à la santé mesurée par l'EQ-VAS, 3 et 12 mois après l'inclusion. 	<p>SF-36, EQ-5D-5L, MLWHFQ.</p>	<p>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 18/27</p> <p>Impact Factor: 2,9</p> <p>Niveau de preuve 4, grade C</p>

cardiovascular nursing, 2011.	chronique en soins primaires.	-Insuffisance cardiaque chronique systolique, -diagnostic établi en échographie transthoracique montrant un déplacement de la surface atrioventriculaire < 10 mm en rythme sinusal et < 9 mm en cas de fibrillation atriale, -dyspnée NYHA II ou III. 59 patients inclus.					
Exploration into the variance in self-reported health-related quality of life between the chronically ill elderly and their family caregivers (63). Chung et al. The journal of nursing research, 2007.	Etude transversale. Objectif : étudier les différences entre la QDV liée à la santé perçue par les patients âgés atteints de pathologies chroniques et les aidants familiaux.	Lieux de recrutement : -Sélection aléatoire de 12 districts puis sélection aléatoire des patients au sein de ces districts, -Taiwan. Dates d'inclusion non précisées. Critères d'inclusion : -Personnes âgées ayant une maladie chronique, mentalement aptes à répondre à un questionnaire. 267 paires patients/aidants incluses	Différence entre la QDV liée à la santé rapportée par les patients et par les aidants.	-Il était retrouvé une QDV liée à la santé modérée chez les patients et les aidants. -La QDV liée à la santé rapportée par les aidants était significativement supérieure à celle rapportée par les patients. -Les deux facteurs prédictifs d'une différence de QDV liée à la santé rapportée étaient le score Activity of Daily Living (ADL) et le genre des patients âgés. -Dans le domaine des relations sociales, le statut matrimonial et les relations entre les aidants et les patients étaient les deux principaux facteurs prédictifs de différences. -Corrélation négative sur la différence de QDV liée à la santé si le patient était marié.	WHOQoL BREF	G	Echelle Downs and Black: 9/10 Impact Factor: 2,4 Niveau de preuve HAS 4, grade C
Factors affecting quality of life in adults with HIV: A local cross-sectional study (64). Berner et al. The South African journal of physiotherapy, 2023.	Etude transversale. Objectifs : -Faire un état des lieux de la QDV liée à la santé des patients atteint du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), -étudier l'association entre la QDV liée à la santé et différents facteurs tels que les caractéristiques socio-démographiques, le mode de vie et les caractéristiques fonctionnelles.	Lieux de recrutement : -2 centres de soins primaires, -Afrique du Sud. Dates d'inclusion : juin 2016 à décembre 2017. Critères d'inclusion : -Diagnostic de VIH, -patients entre 18 et 65 ans, -IMC < à 25 kg/m ² , -patients autonomes. 48 patients inclus	Score de QDV liée à la santé chez les patients ayant le VIH, et variation de ces scores en fonction de différentes variables.	-54,2% des participants n'ont déclaré aucun problème dans aucune des dimensions de l'échelle EQ-5D-5L. -La QDV liée à la santé était meilleure dans l'EQ-VAS chez les patients avec les plus hauts revenus mensuels. -Diminution de la QDV liée à la santé dans l'EQ-VAS chez les patients avec une plus faible vitesse de marche, une performance moindre au test du lever de chaise, ceux sous antirétroviraux et ceux sans traitement. -L'EQ-VAS était diminué chez les patients polymorbides, avec plusieurs traitements et ceux ayant le VIH depuis plus de 15 ans. -En analyse multivariée, le fait d'avoir le VIH depuis plus de 15 ans et de recevoir plusieurs traitements restait associés à une moins bonne QDV liée à la santé.	EQ-5D-5L	G	Echelle Downs and Black: 10/10 Impact Factor: 1,0 Niveau de preuve HAS 4, grade C
Factors associated	Etude observationnelle de	Lieux de recrutement :	Variation des scores de QDV	-Très légère amélioration de la QDV liée à la	SF-36,	G et S	Echelle

<p>with change in health-related quality of life in people with gout: a 3-year prospective cohort study in primary care (65).</p> <p>Watson et al.</p> <p>Rheumatology, 2023.</p>	<p>cohorte prospective.</p> <p>Objectif : 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>-20 cabinets de médecine générale, -Royaume-Uni.</p> <p>Dates d'inclusion : octobre à novembre 2012.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés ≥18 ans, -ayant consulté pour une crise de goutte ou ayant bénéficié d'une prescription de colchicine ou d'allopurinol dans les 2 ans précédent. <p>1,184 patients inclus.</p>	<p>liée à la santé sur une durée de 3 ans et en fonction de différentes variables.</p>	<p>santé à 36 mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Certains facteurs spécifiques à la goutte entraînaient une diminution de la QDV liée à la santé : un nombre de crise de goutte > 5, une crise en cours au moment des mesures, une crise avec atteinte polyarticulaire. -La prise d'allopurinol entraînait une diminution de la QDV liée à la santé dans la dimension du fonctionnement physique de la SF-36 et une augmentation de la QDV liée à la santé mesurée par l'échelle Gout Impact Scale (GIS) dans le domaine de l'insatisfaction liée à la prise des traitements. -Plus le diagnostic était ancien meilleure était la QDV liée à la santé mesurée par l'échelle GIS. -Diminution de la QDV liée à la santé avec certaines comorbidités notamment en cas d'insuffisance rénale stade 3 ou plus, avec l'augmentation du nombre de ces comorbidités, avec une douleur plus forte et en cas d'association avec une dépression ou avec des symptômes anxieux. -Diminution de la QDV liée à la santé chez les femmes, les personnes âgées et chez les patients avec un IMC plus important. 	<p>GIS.</p>		<p>Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 4,7</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>
<p>Factors associated with generic health-related quality of life (HRQDV) in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a cross-sectional study (66).</p> <p>Brandl et al.</p> <p>Journal of thoracic disease, 2018.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier les paramètres liés à la QDV liée à la santé chez les patients atteints de BPCO en Allemagne suivis en soins primaires et secondaires.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cabinet de soins primaires, cabinets de spécialistes, soins ambulatoires/service d'hospitalisation d'un hôpital, -Allemagne. <p>Dates d'inclusion : juin 2013 à décembre 2014.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés >18 ans, -diagnostic de BPCO certain, diagnostiqué depuis > 3 mois, -absence de pathologie psychiatrique ou neurologique aiguë. <p>206 patients inclus.</p>	<p>Mesure de la QDV liée à la santé par le SF-12 chez des patients ayant une BPCO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Diminution de la QDV liée à la santé chez les patients ayant une BPCO, comparé à la population générale allemande. -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 SF-12. -Avoir participé à un programme de rééducation ou avoir eu des effets indésirables liés aux traitements médicamenteux étaient associés à un score de QDV liée à la santé plus bas dans la composante physique. -En analyse multivariée, la composante physique du score SF-12 montrait une association négative avec le score CAT, un plus grand nombre de traitements médicamenteux était associé négativement avec le score de PCS. Une plus grande capacité respiratoire était corrélée de façon positive au score PCS. 	<p>SF-12, CAT.</p>	<p>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 2,1</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

<p>Factors associated with health-related quality of life in adults with asthma. A cross-sectional study (67).</p> <p>Gonzalez-Barcala et al.</p> <p>Multidisciplinary respiratory medicine, 2012.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier les facteurs associés à la QDV liée à la santé chez les patients asthmatiques.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Centres de soins primaires, -Espagne. <p>Dates d'inclusion : novembre 2007 à mars 2008.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patient >18 ans, -avec un diagnostic d'asthme selon les critères Global Initiative for Asthma guide (GINA) depuis au moins 1 an, -visite médicale dans l'un des centres dans les 2 ans précédents l'inclusion. <p>2,125 patients inclus</p>	<p>QDV liée à la santé mesurée par l'échelle EQ-5D-3L chez les patients asthmatiques.</p>	<p>-32% de l'échantillon a rapporté des problèmes dans la dimension anxiété/dépression de l'échelle EQ-5D.</p> <p>-Le fait d'avoir un âge avancé, un niveau d'éducation plus bas, une plus grande sévérité de l'asthme à l'inclusion, un moindre contrôle de la maladie, et la nécessité d'être hospitalisé avaient un effet délétère sur au moins 4 des 5 dimensions de l'EQ-5D.</p>	<p>EQ-5D-3L</p> <p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 8/10</p> <p>Impact Factor: 2,0</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Fatigue and health-related quality of life in elderly patients with and without heart failure in primary healthcare (68).</p> <p>Hägglund et al.</p> <p>European journal of cardiovascular nursing, 2007.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : faire une étude comparative de la fatigue et de la QDV liée à la santé entre des patients atteints d'insuffisance cardiaque et des patients avec des symptômes d'insuffisance cardiaque indemnes d'insuffisance cardiaque.</p>	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Un centre de soins primaires -Suède <p>Dates d'inclusion : janvier 1999 à février 2003.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients avec des symptômes de fatigue et de dyspnée dont la cause la plus probable est une insuffisance cardiaque. <p>108 patients inclus et 40 personnes dans le groupe contrôle.</p>	<p>Mesure de la QDV liée à la santé par l'échelle SF-36 chez des patients atteints d'insuffisance cardiaque, de dyspnée et de fatigue sans insuffisance cardiaque par rapport à un groupe contrôle.</p>	<p>-Diminution de la QDV liée à la santé rapportée chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque par rapport aux non insuffisants cardiaques et au groupe contrôle sauf pour la dimension explorant les limitations liées à la santé mentale.</p> <p>-Meilleure QDV liée à la santé rapportée dans le groupe contrôle dans 6 des 8 dimensions de la SF-36.</p> <p>-Meilleure QDV liée à la santé dans la dimension de la santé générale chez les patients sans insuffisance cardiaque comparé aux patients avec insuffisance cardiaque.</p> <p>-Différence significative entre les 2 groupes atteints et le groupe contrôle pour le score physique.</p> <p>-Après une analyse en régression logistique, les différences de QDV liée à la santé pouvaient être expliquées par les variables du score physique, de la fatigue générale et le fait de vivre seul.</p> <p>-Il y avait plus de risques d'avoir une QDV liée à la santé plus basse dans le groupe avec une insuffisance cardiaque confirmée que dans le groupe avec des symptômes mais sans insuffisance cardiaque.</p>	<p>SF-36</p> <p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 2,9</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Functional bowel disorders in primary care: factors associated with</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : déterminer l'impact de la sévérité des symptômes</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -54 cabinets de médecine générale, -Royaume-Uni. 	<p>Variation de la QDV liée à la santé en fonction de la sévérité des symptômes du patient.</p>	<p>-QDV liée à la santé spécifique et générique moindre chez les patients répondants aux critères Rome II.</p> <p>-Les analyses de régression logistique</p>	<p>SF-36, IBS-QoL</p> <p>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p>

<p>health-related quality of life and doctor consultation (69).</p> <p>Lee et al.</p> <p>Journal of psychosomatic research, 2008.</p>	<p>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>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -patient > 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>420 patients inclus.</p>		<p>multivariées ont montré que l'âge, le Global Health Questionnaire (GHQ), la sévérité du syndrome de l'intestin irritable, les douleurs abdominales, le fait de travailler et le niveau d'éducation avaient un impact significatif sur le modèle final.</p> <p>-Association significative et indépendante du score total Irritable Bowel Syndrome-QoL (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, la présence de selles dures ou grumeleuses, de mucus et d'urgence à l'exonération.</p>			<p>Impact Factor: 3,5</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Gender differences in health-related quality of life of Australian chronically ill adults: patient and physician characteristics do matter (70).</p> <p>Jayasinghe et al.</p> <p>Health and quality of life outcomes, 2013.</p>	<p>Etude transversale au sein d'une étude randomisée en grappe.</p> <p>Objectif : étudier le lien entre la QDV liée à la santé des patients atteints de maladies chroniques et leurs caractéristiques ainsi que celles de leurs médecins généralistes.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -60 cabinets de médecine générale, -Australie. <p>Dates d'inclusion : juillet 2006 à juin 2008.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients de > 18 ans, -atteints de diabète ou d'hypertension artérielle ou de cardiopathie ischémique, -avoir consulté son médecin traitant dans l'année précédente. <p>2,181 patients inclus.</p>	<p>Mesure de la QDV liée à la santé générique.</p>	<p>-La QDV liée à la santé était plus basse dans la composante physique chez les femmes ayant une ou plusieurs maladies chroniques et celles ayant un homme comme médecin généraliste.</p> <p>-Meilleure QDV liée à la santé dans la composante physique chez les femmes sans emploi que chez les hommes sans emploi.</p> <p>-Diminution de la QDV liée à la santé dans la composante physique avec l'âge pour les hommes et les femmes. Amélioration avec l'âge de la QDV liée à la santé dans la composante mentale chez les femmes.</p> <p>-Meilleure QDV liée à la santé dans la composante physique chez les personnes en activité. Meilleure QDV liée à la santé dans la composante mentale chez les personnes retraitées.</p> <p>-Le nombre de maladies chroniques était corrélé négativement avec le score physique et mental pour les femmes et avec le score physique pour les hommes.</p> <p>-La QDV liée à la santé dans la composante physique était moins bonne chez les patients atteints d'hypertension et de cardiopathie ischémique comparé à la population générale.</p>	<p>SF-12</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Geriatric Syndromes and Health-Related Quality of Life in Older Adults with Chronic Kidney</p>	<p>Etude secondaire observationnelle prospective d'un essai contrôlé randomisé.</p> <p>Objectif : étudier les</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients vivant en logement collectif, -Etats-Unis. <p>Dates d'inclusion : Mars 2012 - Juin 2016</p>	<p>QDV liée à la santé mesurée par des échelles génériques.</p>	<p>-La QDV liée à la santé était plus faible lorsque le nombre de syndromes gériatriques augmentait.</p> <p>-Cependant, le nombre de maladies était seulement associé à la composante du</p>	<p>SF-36, EQ-5D-5L.</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 8/10</p> <p>Impact</p>

<p>Disease (71).</p> <p>Liu et al.</p> <p>Kidney360, 2023.</p>	<p>associations entre les syndromes gériatriques et la QDV liée à la santé de patients âgés atteints d'insuffisance rénale chronique de stade 3b-4.</p>	<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -patients > 55 ans, -Débit de filtration glomérulaire (DFG) entre 15 et 45 ml/par min par 1,73m2. <p>99 patients inclus.</p>		<p>fonctionnement physique de la SF-36.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lors du suivi sur 12 mois, le nombre de syndromes gériatriques et le nombre de comorbidités n'entraînaient pas de modification de la QDV liée à la santé sur 1 an. 			<p>Factor: 2,4</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Global perceived health and health-related quality of life in elderly primary care patients with symptoms of heart failure (72).</p> <p>Johansson et al.</p> <p>European journal of cardiovascular nursing, 2008.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier si une question unique portant sur la santé perçue est corrélée aux domaines de la QDV liée à la santé.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cabinet de soins primaires, -Suède. <p>Dates d'inclusion : 1995 à 1996.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés de 65 à 82 ans, -consultant pour des symptômes liés à de l'insuffisance cardiaque. <p>412 patients inclus.</p>	<p>Score de corrélation entre le Global Perceived Health (GPH) et les dimensions de la SF-36.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Diminution de la QDV liée à la santé dans certaines dimensions du SF-36 chez les patients ayant une insuffisance cardiaque symptomatique et une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) < 40 % comparé aux patients avec FEVG > 50 %. -Après ajustement sur le sexe, diminution de la QDV liée à la santé dans la dimension de la santé générale chez les patients avec FEVG < 40 %. -Pour les patients avec un FEVG > 50 %, corrélation entre le GPH et tous les scores de la SF-36. -Pour les patients avec FEVG < 40 %, corrélation entre le GPH et tous les domaines de la SF-36 sauf le domaine de la santé mentale. -Selon le modèle de régression linéaire, le GPH était le facteur prédictif de la QDV liée à la santé le plus important. -Chez les patients avec un FEVG > 50 %, il y avait une moins bonne QDV liée à la santé dans tous les domaines chez les patients avec une santé globale perçue comme faible par rapport aux patients avec une santé globale perçue bonne ou modérée. 	<p>SF-36</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 2,9</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Health Care Utilization, Transition Readiness, and Quality of Life: A Latent Class Analysis (73).</p> <p>Traino et al.</p> <p>Journal of pediatric psychology, 2021.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : identifier des modèles distincts d'utilisation des services de soins et établir quelles sont les relations entre l'utilisation des services de soins, la disposition à la transition et la QDV liée à la santé chez les adolescents et les jeunes adultes ayant une maladie chronique depuis l'enfance.</p>	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Université d'Oklahoma State, -Etats-Unis. <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Être étudiant à l'université, -avoir été diagnostiqué d'une maladie chronique au cours de l'enfance ou de l'adolescence. <p>359 patients inclus.</p>	<p>Etude de la QDV liée à la santé et de la disposition à la transition en fonction des différents niveaux d'utilisation des services de soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Absence de différence significative concernant le score de santé mentale de la SF-36 entre les différents groupes d'utilisation des soins. -Concernant la composante physique du SF-36, le groupe ayant une utilisation modérée des services de soins avait une moins bonne QDV liée à la santé que ceux utilisant peu le système de soins, mais une meilleure QDV liée à la santé comparé au groupe avec une utilisation importante du système de soins. -Diminution de la QDV liée à la santé dans la composante physique dans le groupe avec une utilisation importante du système de soins 	<p>SF-36</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 2,7</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

				comparé aux groupes utilisant le système de soins de façon modérée ou faible.			
<p>Health-related Quality of Life across the anxiety disorders: findings from a sample of primary care patients (74).</p> <p>Beard et al.</p> <p>Journal of anxiety disorders, 2010.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : mesure la QDV liée à la santé chez des patients ayant différents troubles anxieux et d'autres comorbidités suivis en soins primaires.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <p>-4 cabinets de médecine générale, 4 lieux de consultations ambulatoires rattachés à un hôpital et 7 centres de soins rattachés à des hôpitaux universitaires, -Etats-Unis.</p> <p>Date d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>-Avoir été diagnostiqué d'au moins 1 trouble anxieux décrit par le DSM-V, -avoir > 18 ans.</p> <p>539 patients inclus.</p>	<p>Mesure de la QDV liée à la santé générique chez des patients ayant un trouble anxieux.</p>	<p>-La présence d'un stress post traumatique, d'un trouble obsessionnel compulsif ou d'autres troubles était prédictif d'un score de QDV liée à la santé plus bas dans sa composante physique. Dans les modèles de régression linéaire multivariés le fait d'être plus âgé, d'avoir un niveau d'éducation plus bas et d'avoir des comorbidités non psychiatriques étaient prédictifs d'un moins bon score dans la composante physique de la QDV liée à la santé.</p> <p>-La présence d'une phobie sociale, d'un trouble de l'anxiété généralisé, d'un trouble dépressif associé, et d'un trouble lié à l'usage de substance entraînaient une diminution de la composante mentale de la QDV liée à la santé. En analyse multivariée, les facteurs prédictifs d'une moins bonne QDV liée à la santé étaient un trouble dépressif comorbide ou le fait d'être veuf, divorcé ou séparé.</p>	SF-36	G	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 4,8</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Health-related Quality of Life among Type 2 Diabetes Patients in Southern Province of Saudi Arabia using WHOQOL-BREF: A Cross-section Study (75).</p> <p>Homady et al.</p> <p>Current diabetes reviews, 2023.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier la QDV liée à la santé des patients atteints de diabète de type 2 dans une ville d'Arabie Saoudite.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <p>-Centres de soins primaires de Samtah Town, -Arabie Saoudite.</p> <p>Dates d'inclusion : mars 2017 à février 2018.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>-Patients > 18 ans, -diagnostic de diabète de type 2 posé depuis plus de 6 mois.</p> <p>420 patients inclus.</p>	<p>QDV liée à la santé mesurée par l'échelle générique WHOQoL-BREF.</p>	<p>-La QDV liée à la santé était plus basse dans tous les domaines chez les femmes, chez les patients âgés de plus de 50 ans et chez les patients avec un niveau d'éducation plus faible.</p> <p>-Le tabagisme actif était lié à une meilleure QDV liée à la santé dans tous les domaines sauf dans le domaine des relations sociales.</p> <p>-Une plus grande durée de la maladie et la présence concomitante d'une hypertension artérielle entraînaient une diminution de la QDV liée à la santé dans tous les domaines.</p> <p>-La présence de complications liées au diabète avait un impact sur les composantes sociales, psychosociales, environnementales et physiques de la QDV liée à la santé.</p> <p>-Les patients avec un traitement combiné, ayant un régime équilibré et une activité sportive régulière avaient une meilleure QDV liée à la santé.</p> <p>-Après ajustement sur les facteurs de confusion, l'étude a mis en évidence que le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, l'hypertension artérielle associée, les complications du diabète, le type de traitement, l'IMC étaient des facteurs de</p>	WHOQoL-BREF	G	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 5,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

				risque indépendants pour la QDV liée à la santé.			
<p>Health-related quality of life and health preference of Chinese patients with diabetes mellitus managed in primary care and secondary care setting: decrements associated with individual complication and number of complications (76).</p> <p>Jiao et al.</p> <p>Health and quality of life outcomes, 2017.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : évaluer la QDV liée à la santé et les préférences en matière de santé des patients atteints de diabète de type 2, avec ou sans complications.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Centres de soins primaires et centres de soins secondaires (patientèle de médecins spécialistes néphrologues/ endocrinologues/ ophtalmologues), -Hong-Kong. <p>Dates d'inclusion : septembre 2012 à janvier 2013.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Age >18 ans, -diagnostic de diabète. -Pour les patients recrutés en centre de soins secondaires : avoir au moins une complication due au diabète. <p>1,275 patients inclus.</p>	<p>QDV liée à la santé mesurée par échelle SF-12.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -En comparaison avec la population générale, il y avait une bonne QDV liée à la santé dans les composantes de l'activité physique, de la douleur physique, de la santé générale, de la vitalité et dans la composante physique de l'échelle. -Les patients avec un diabète compliqué (sauf ceux avec rétinopathie diabétique) avaient une moins bonne QDV liée à la santé dans la composante physique de la SF-12 comparé aux patients diabétiques sans complications. -Pour les patients avec une complication cardiovasculaire, la QDV liée à la santé était moindre dans tous les domaines sauf celui de la santé mentale pour les cardiopathies et celui de la santé générale pour les AVC. -Après ajustement sur les facteurs de confusion, les patients avec un diabète compliqué avaient une moindre QDV liée à la santé dans toutes les dimensions sauf la dimension de la santé mentale et la composante mentale du score SF-12 par rapport aux patients sans complications. -Diminution de la QDV liée à la santé dans tous les domaines lors de l'association à un antécédent d'AVC, d'une insuffisance rénale terminale ou d'une rétinopathie diabétique terminale. -Diminution de la QDV liée à la santé pour les composantes de la santé général et du bien-être social pour les cardiopathies. -Conséquence plus importante des comorbidités sur la QDV liée à la santé à partir de l'association de 2 comorbidités. 	SF-12	G	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Health-related quality of life and musculoskeletal function in patients with musculoskeletal disorders: after compared to before short-term group-based aqua-exercises (77).</p> <p>Enblom et al.</p>	<p>Etude interventionnelle de faisabilité.</p> <p>Objectif : évaluer la QDV liée à la santé et la fonction musculosquelettique de patients ayant un trouble musculosquelettique après la réalisation d'exercices aquatiques.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Soins primaires, -Suède. <p>Durée d'inclusion : sur une période de 20 mois.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients atteints de troubles musculosquelettiques ayant participé à des séances d'aquagym. 	<p>Mesure de la QDV liée à la santé avant et après 8 semaines d'exercice d'aquagym.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Après 8 semaines d'aquagym, amélioration de la QDV liée à la santé mesurée par l'EQ-5D mais pas de changement significatif dans l'échelle EQ-VAS. -Amélioration de la QDV liée à la santé dans la composante de l'anxiété/dépression. -Amélioration de la QDV liée à la santé après l'activité physique dans la dimension des activités quotidiennes, sans que cela soit significatif. 	EQ-5D	G	<p>Echelle Downs and Black: 20/27</p> <p>Impact Factor: 1,5</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p>

European journal of physiotherapy, 2016.		39 patients inclus.					
<p>Health-related quality of life, functional impairment and comorbidity in people with mild-to-moderate chronic kidney disease: a cross-sectional study (78).</p> <p>Fraser et al.</p> <p>BMJ open, 2020.</p>	<p>Etude de cohorte prospective observationnelle.</p> <p>Objectif : évaluer la QDV liée à la santé et son lien avec les comorbidités et les déficiences dans les capacités fonctionnelles chez les patients ayant une insuffisance rénale légère à modérée.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Centre de soins primaires, -Royaume-Uni. <p>Dates d'inclusion : 2008 à 2010.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Age > 18 ans -DFG compris entre 30-59 mL/min/1,73 m² à 2 reprises à 90 jours d'écart. <p>1008 patients inclus.</p>	QDV liée à la santé mesurée par une échelle générique.	<ul style="list-style-type: none"> -Les patients de l'étude rapportaient une diminution de la QDV liée à la santé sur l'échelle EQ-VAS. -En comparaison avec la population générale du Royaume uni, la QDV liée à la santé était moindre dans l'échantillon étudié dans les domaines de la mobilité et celui de la douleur/inconfort. -La QDV liée à la santé était généralement meilleure chez les patients avec un meilleur statut fonctionnel. -La plus grande dispersion des scores de QDV liée à la santé était chez les patients avec un statut fonctionnel plus bas. -Parmi les patients avec un statut fonctionnel plus bas, la QDV liée à la santé était diminuée dans les 5 dimensions de l'échelle par rapport aux patients avec un statut fonctionnel préservé. -En analyse multivariée, un score de QDV liée à la santé plus bas dans le domaine de la mobilité était lié à un âge plus avancé, à l'IMC, au nombre de comorbidités et à un statut fonctionnel plus bas. 	EQ-5D-5L	G	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 2,4</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Health-related quality of life in gout in primary care: Baseline findings from a cohort study (79).</p> <p>Chandratte et al.</p> <p>Seminars in arthritis and rheumatism, 2018.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier le lien entre la goutte, les comorbidités, les caractéristiques sociodémographiques et la QDV liée à la santé mesurée par des échelles de mesures spécifique et générique en soins primaires.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -20 cabinets de soins primaires, -Royaume-Uni. <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Adulte de > 18 ans, -diagnostic de goutte ou une prescription de colchicine ou allopurinol dans les 2 années précédentes. <p>1,079 patients inclus.</p>	QDV liée à la santé mesurée par une échelle générique et l'impact de certaines variables liées au patient et à la maladie.	<ul style="list-style-type: none"> -En analyse non ajustée, la QDV liée à la santé était plus basse chez les patients en crise, avec des atteintes polyarticulaires et avec une plus grande fréquence des crises dans les 12 derniers mois. Les résultats étaient identiques après ajustement sur les comorbidités et les caractéristiques socio-démographiques. -Concernant les comorbidités, après ajustement sur les covariables, il y avait une 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. -Concernant les caractéristiques socio-démographiques, après ajustement sur les co variables, un âge plus élevé était associé à une QDV moins bonne mesurée par le score PF-10 et une meilleure QDV mesurée par le score GIS. D'autres facteurs étaient associés de façon 	SF-36, GIS.	G et S	<p>Echelle Downs and Black; 9/10</p> <p>Impact Factor: 4,6</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

				indépendante à une moins bonne QDV : sexe féminin, isolement social, origine non caucasienne, obésité sévère, absence de participation à programme d'éducation thérapeutique, absence de consommation d'alcool ou consommation rare, et le fait de vivre seul.			
<p>Health-related quality of life in patients by COPD severity within primary care in Europe (80).</p> <p>Jones et al.</p> <p>Respiratory medicine, 2011.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : mesure la QDV liée à la santé chez des patients ayant une BPCO dans 7 pays européens par des échelles spécifiques et génériques.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -352 cabinets en soins primaires, -Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays Bas Espagne, Royaume- Uni. <p>Dates d'inclusion : décembre 2008 à avril 2009.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Avoir entre 40 et 80 ans, -diagnostic de BPCO depuis au moins 6 mois, -VEMS/CVF <70%, -patients fumeurs ou anciens fumeurs avec un antécédent de tabagisme à au moins 10 paquet-année. <p>1,817 patients inclus.</p>	<p>QDV liée à la santé mesurée par une échelle générique et spécifique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -De façon globale, il y avait une atteinte de la QDV liée à la santé quel que soit le niveau de sévérité de la maladie et l'échelle utilisée. -Les patients avec une maladie stable avaient une meilleure QDV liée à la santé et moins de fatigue que les patients avec des exacerbations. -La présence de 3 comorbidités ou plus était associée à une moins bonne QDV liée à la santé. -Variation entre les pays des scores de QDV liée à la santé, due à des différences dans les échantillons de patients et non à des facteurs différents. 	SF-12 SGRQ.	G et S	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 3,5</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Health-related quality of life in patients with knee osteoarthritis attending two primary care clinics in Malaysia: a cross-sectional study (81).</p> <p>Zakaria et al.</p> <p>Asia Pacific family medicine, 2009.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Primaire : mesurer la QDV liée à la santé chez les patients ayant une arthrose symptomatique du genou consultant en soins primaires. -Secondaire : évaluer l'association entre le statut socio-économique, médical des patients ayant une arthrose du genou et leur QDV. 	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 cliniques de soins primaires, -Hulu Langat, Malaisie. <p>Dates d'inclusion : 1er septembre 2003 au 30 avril 2004.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients ≥ 50 ans -diagnostic d'arthrose selon les critères du Collège Américain de rhumatologie. <p>151 patients inclus.</p>	<p>Mesure de la QDV liée à la santé chez des patients ayant une arthrose du genou sur une durée de 8 mois.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La composante physique de la QDV liée à la santé était plus affectée que celle mentale chez le patient ayant une arthrose du genou (non significatif). -Le genre féminin et un âge plus élevé étaient deux facteurs significativement associés à une mauvaise fonction physique. -Absence d'association significative entre la QDV liée à la santé et le nombre de comorbidités, le niveau d'éducation, le statut matrimonial et d'emploi. -Les patients avec un IMC ≥ à 30 avaient une diminution significative du score de QDV liée à la santé dans le domaine de la douleur. -Les patients de sexe masculin avaient une meilleure QDV liée à la santé dans tous les domaines (et surtout dans celui du fonctionnement physique), sans que ce soit significatif. 	SF-36	G	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 1,6</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

<p>Health-related quality of life of older Asian patients with multimorbidity in primary care in a developed nation (82).</p> <p>Quah et al.</p> <p>Geriatrics & gerontology international, 2017.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectifs :</p> <p>-Primaire : établir la relation entre la multimorbidité et la QDV liée à la santé chez des patients âgés, asiatiques en soins primaires.</p> <p>-Secondaire : évaluer comment l'impotence fonctionnelle et les douleurs chroniques musculosquelettiques sont associés à la QDV liée à la santé.</p>	<p>Lieu de recrutement :</p> <p>-Centre de soins primaires public, -Singapour.</p> <p>Date d'inclusion : février 2014</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>-Patients âgés ≥ 65 ans, -suivis dans cette clinique, -consultant pour un motif non aigu.</p> <p>557 patients inclus.</p>	<p>Etablir la relation entre la multimorbidité et la QDV liée à la santé.</p>	<p>-Les problématiques les plus souvent rapportées étaient sur les domaines de la douleur/inconfort puis de la mobilité, de l'anxiété/dépression et de l'activité habituelle.</p> <p>-Le score EQ-5D était significativement plus élevé chez l'homme par rapport à la femme, chez les patients mariés, divorcés/séparés, célibataires par rapport aux veuf(ves).</p> <p>-Une augmentation de la dépendance attestée par le ADL était significativement associée à une QDV liée à la santé plus basse.</p>	<p>EQ-5D</p> <p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 2,4</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Health-related quality of life of patients diagnosed with COPD in Extremadura, Spain: results from an observational study (83).</p> <p>Merino et al.</p> <p>BMC - Health and quality of life outcomes, 2019.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif :</p> <p>-Primaire : décrire la QDV liée à la santé chez les patients ayant une BPCO à Extremadura en Espagne.</p> <p>-Secondaire : explorer la relation entre la QDV liée à la santé et certaines caractéristiques cliniques ou socio-démographiques.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <p>-18 centres de soins primaires, -Extremadura, Espagne.</p> <p>Dates d'inclusion : analyse de la base de données en avril 2015. Travail sur le terrain : 10 juillet au 11 novembre 2015.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>-Patient ≥ 18 ans, -diagnostiqués d'une BPCO ≥ 12 mois,</p> <p>386 patients inclus.</p>	<p>Évaluation de la QDV liée à la santé de patients ayant une BPCO et l'impact de certaines variables liées au patient ou à la maladie.</p>	<p>-Pour le score EQ-5D-5L, les domaines les plus affectés étaient la mobilité, la douleur/inconfort. Et celui avec l'atteinte la plus sévère était le domaine de l'activité quotidienne.</p> <p>-L'index EQ-5D était fortement associé au score SGRQ-C global.</p> <p>-Après analyse par régression multiple, les 2 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>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p>
<p>How does multimorbidity affect middle-aged adults? A cross-sectional survey in the Singapore primary healthcare setting (84).</p> <p>Zhen Sim et al.</p> <p>BMC family practice, 2020.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : décrire l'association entre la multimorbidité et la QDV en soins primaires dans la population d'âge moyen à Singapour.</p>	<p>Lieu de recrutement :</p> <p>-Polyclinique de Hougang, 410 cliniques, -Singapour.</p> <p>Date d'inclusion : août 2017</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>-Patients âgés entre 40 et 64 ans, -ayant au moins une maladie chronique (sur 14 maladies sélectionnées).</p> <p>297 patients inclus.</p>	<p>Evaluation de l'association entre la multimorbidité et la QDV de patients d'âge moyen.</p>	<p>-Les patients multimorbides avaient une QDV liée à la santé significativement plus basse dans le domaine de la douleur/de l'inconfort, mais pas sur la QDV liée à la santé globale.</p> <p>- Le domaine de la QDV liée à la santé le plus altéré était celui de la douleur/inconfort, suivi de celui de l'anxiété/dépression.</p> <p>-Association significative entre la multimorbidité et le domaine de la douleur/inconfort de l'EQ-5D.</p> <p>-Après ajustement sur les facteurs socio-économiques, seul l'index EQ-5D était associé au nombre de maladies chroniques.</p> <p>-L'âge et le lieu de vie étaient associés à l'index EQ-5D.</p> <p>-Les patients âgés de 50 ans ou moins et ne</p>	<p>EQ-5D-3L</p> <p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor : 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

				vivant pas seuls avaient un index EQ-5D significativement plus bas que les patients âgés entre 60 et 64 ans, et les patients vivant seuls, respectivement.			
<p>Hypertension-related distress and its associated factors: findings from an urban primary health centre of South Delhi, India (85).</p> <p>Anam et al.</p> <p>Journal of family medicine and primary care, 2023.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluer 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>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Centre de soins primaires (service ambulatoire d'un centre de santé), -Delhi, Inde. <p>Dates d'inclusion : mars à avril 2022.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Adultes âgés > 18 ans, -diagnostiqués depuis plus de 3 mois d'une hypertension artérielle. <p>141 participants</p>	<p>Etude de la prévalence de la détresse liée à l'hypertension artérielle, notamment grâce à l'utilisation d'échelle génériques et spécifiques de la QDV liée à la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La prévalence d'une détresse liée à l'hypertension artérielle était de 14% parmi les adultes inclus. -Le domaine de détresse les plus prévalent étaient ceux liés au régime et à l'impact émotionnel. -Les patients avec un mauvais contrôle de la pression artérielle avaient un OR 6 fois plus important d'avoir une détresse liée à l'hypertension. -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. 	CDC HRQOL-14 "Healthy Days Measure", DSDH17 M.	G et S	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 1,1</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Impact of Comorbid Anxiety Disorders on Health-Related Quality of Life Among Patients With Major Depressive Disorder (86).</p> <p>Mittal et al.</p> <p>Psychiatric services, 2006.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : évaluer l'association entre 3 comorbidités (trouble anxieux généralisé ou TAG, syndrome de stress post-traumatique, trouble panique) et la QDV liée à la santé dans un contexte d'épisode dépressif caractérisé.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -7 services ambulatoires "Veteran affairs" -Arkansas, Louisiane, Mississippi, Texas, États-Unis. <p>Dates d'inclusion : mars 2023 à octobre 2004.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients ayant une dépression, -suivis en soins primaires, -score \geq 12 au "Patient Health Questionnaire depression screener". <p>324 patients inclus.</p>	<p>Etude de l'association entre des comorbidités de type trouble anxieux et la QDV liée à la santé chez des patients présentant un épisode dépressif caractérisé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Association significative entre le TAG ou le syndrome de stress post-traumatique et une altération de la QDV liée à la santé (mesurée par le QWB-SA). -Association non démontrée pour un trouble panique. 	QWB-SA, SF-12	G	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,3</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Impact of comorbidity on health-related quality of life among type 2 diabetic patients in primary care (87).</p> <p>Pati et al.</p> <p>Primary health care research & development, 2020.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier l'impact des comorbidités sur les différentes dimensions de la QDV liée à la santé chez le patient diabétique de type 2 consultant dans un centre de soins primaires.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -17 centres de soins primaires, -Bhubaneswar, Inde. <p>Dates d'inclusion : septembre 2014 à février 2015.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients diabétiques de type 2, -diagnostic posé par un médecin depuis plus de 6 mois. 	<p>Etude de l'association entre les comorbidités et la QDV liée à la santé chez les patients diabétiques de type 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La présence de comorbidités impactait significativement les composantes physique et mentale de la QDV liée à la santé chez le patient diabétique de type 2. -Réduction significative des deux composantes (et principalement de la composante physique) de la QDV liée à la santé avec l'augmentation du nombre de comorbidités. 	SF-12	G	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 1,6</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

		912 patients inclus.					
<p>Impact of lower limb osteoarthritis on health-related quality of life: A cross-sectional study to estimate the expressed loss of utility in the Spanish population (88).</p> <p>Martin-Fernández et al.</p> <p>PloS one, 2020.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier l'impact de l'arthrose localisée au membre inférieur.</p> <p>Méthode : composition de deux groupes : population générale et population ayant une arthrose du membre inférieur. Les résultats sont transformés en "utility scores".</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -6 hôpitaux (service de traumatologie et rhumatologie) et 21 centres de soins primaires, -Vizcaya, Madrid et Tenerife. <p>Dates d'inclusion : janvier à décembre 2015.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés ≥ 50 ans, -ayant une arthrose de la hanche ou du genou. <p>6958 sujets de la population générale sans arthrose. 724 patients inclus.</p>	<p>Évaluation de la QDV liée à la santé par une échelle générique chez des patients ayant une arthrose de la hanche ou du genou.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La QDV liée à la santé était significativement plus basse chez les patients ayant une arthrose localisée au membre inférieur par rapport à la population générale (perte de 0,3 points sur "l'utility index"), sur tous les domaines de la QDV liée à la santé. -Absence de différence significative entre les scores de l'EQ-5D-5L chez le patient ayant une arthrose du genou ou de la hanche. 	EQ-5D-5L	G	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 2,9</p> <p>Niveau de preuve HAS 3, grade C</p>
<p>Impact of MyDiabetesPlan, a Web-Based Patient Decision Aid on Decisional Conflict, Diabetes Distress, Quality of Life, and Chronic Illness Care in Patients With Diabetes: Cluster Randomized Controlled Trial (89).</p> <p>Yu et al.</p> <p>Journal of medical Internet research, 2020.</p>	<p>Etude interventionnelle randomisée contrôlée multicentrique.</p> <p>Objectifs : évaluer l'impact de <i>MyDiabetesPlan</i> sur le conflit décisionnel, la détresse liée au diabète, la QDV liée à la santé et l'évaluation des soins de maladie chronique au niveau individuel.</p> <p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Groupe interventionnel : suivi <i>MyDiabetesPlan</i>. -Groupe contrôle : soins usuels. <p>Critères de jugement mesurés à l'inclusion, 6 et 12 mois.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -10 centres de soins primaires ayant une équipe pluridisciplinaire, -Ontario, Canada. <p>Dates d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Recrutement des centres de soins primaires de décembre 2014 à novembre 2015. -Recrutement des patients de décembre 2015 à septembre 2016 puis d'octobre 2016 à septembre 2017. <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés ≥ 18 ans, -diabétiques de type 2, -ayant ≥ 2 comorbidités. <p>213 patients inclus (102 dans le groupe interventionnel et 111 dans le groupe contrôle).</p>	<p>Critère de jugement principal : analyse de l'impact du <i>MyDiabetesPlan</i> sur le conflit décisionnel.</p> <p>Critère de jugement secondaire : analyse de l'impact du <i>MyDiabetesPlan</i> sur la QDV liée à la santé, la détresse liée au diabète, la perception des soins en lien avec les maladies chroniques, et l'intention du praticien de pratiquer la décision médicale partagée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Absence d'impact du <i>MyDiabetesPlan</i> sur la QDV liée à la santé. 	SF-12	G	<p>Echelle Downs and Black: 21/27</p> <p>Impact Factor: 5,8</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>
<p>Impact of pharmacist counseling on health-related quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus: a cluster randomized</p>	<p>Essai randomisé contrôlé.</p> <p>Objectif : analyse de l'impact de conseils en pharmacie sur la QDV liée à la santé chez les patients diabétiques de type 2</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -4 centres de soins primaires -Makassar, Indonésie. <p>Dates d'inclusion : août 2017 à août 2018.</p>	<p>Analyse de la QDV liée à la santé par l'échelle EQ-5D-5L avant et après le programme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Le conseil pharmaceutique améliorait significativement la QDV liée à la santé de manière globale chez les patients diabétiques de type 2 suivant le programme <i>Pronalis</i> par rapport au groupe contrôle. -Amélioration significative de la dimension du 	EQ-5D-5L	G	<p>Echelle Downs and Black: 23/27</p> <p>Impact Factor: 1,8</p>

<p>controlled study (90).</p> <p>Fajriansyah et al.</p> <p>Journal of diabetes and metabolic disorders, 2020.</p>	<p>participants au programme <i>Pronalis</i>.</p> <p>Méthode : randomisation par clusters. Un groupe interventionnel et un groupe contrôle.</p>	<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients diabétiques de type 2 participant au programme <i>Pronalis</i>, -âge entre 18 et 65 ans, -HbA1c \geq 6,5%. <p>230 patients inclus (111 dans le groupe interventionnel et 119 dans le groupe contrôle).</p>		<p>bien-être personnel, de la mobilité, de la douleur/de l'inconfort dans le groupe interventionnel et contrôle.</p> <p>-Amélioration significative de la dimension anxiété/dépression dans le groupe interventionnel.</p>			<p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>
<p>Impact of primary care-based disease management on the health-related quality of life in patients with type 2 diabetes and comorbidity (91).</p> <p>Ose et al.</p> <p>Diabetes care, 2009.</p>	<p>Etude observationnelle prospective.</p> <p>Objectif : évaluer l'efficacité du German « diabetes disease management program » (DMP) chez les patients diabétiques de type 2 ayant des comorbidités.</p> <p>Méthode : Envoi du questionnaire EQ-5D à un échantillon aléatoire de patients diabétiques de type 2. Puis comparaison du score selon si les patients suivent ou non le DMP.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -ELSID study : 1000 cabinets de médecine générale, -Allemagne. <p>Dates d'inclusion : 2005-2007</p> <p>Critères d'inclusion : décrit sur l'étude ELSID.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients ayant un diabète de type 2, -assurés au "general regional health funds". <p>20,625 patients inclus. 3,546 questionnaires envoyés par mail. Données valides pour 1,399 patients. Le score EQ-5D a pu être calculé pour 1,291 patients.</p>	<p>Évaluation de la QDV liée à la santé par l'EQ-5D en fonction du suivi ou non du DMP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La participation au DMP, le nombre de comorbidités et l'âge avaient un impact significatif sur le score EQ-5D. -Dans les deux groupes, le score EQ-5D diminuait plus le nombre de comorbidités augmente (significatif à partir de 4 comorbidités). 	<p>EQ-5D</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 14,8</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>
<p>Influence of Compliance to Diet and Self-Efficacy Expectation on Quality of Life in Patients with Celiac Disease in Spain (92).</p> <p>Fueyo-Díaz et al.</p> <p>Nutrients, 2020.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier la QDV liée à la santé chez le patient ayant une maladie cœliaque et en analyser ses principaux déterminants.</p>	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Internet via une association de patients régionale. -Espagne. <p>Dates d'inclusion : septembre à novembre 2019.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Adultes \geq 18 ans, -diagnostic médical de maladie cœliaque, suivants un régime sans gluten strict. <p>738 patients inclus.</p>	<p>Évaluation de la QDV liée à la santé par la version espagnole du CD-QOL et par le SF-12 chez le patient ayant une maladie cœliaque.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -38,8% des participants avaient une QDV liée à la santé basse. -La QDV liée à la santé était meilleure lorsque les attentes d'auto-efficacité étaient hautes, lorsque l'adhérence thérapeutique était bonne, lorsqu'il existait une faible perception des risques liés à la maladie, lorsque le patient avait une large expérience de la maladie et du régime sans gluten. -Les participants de plus de 50 ans avaient une meilleure QDV liée à la santé. 	<p>SF-12, CD-QOL.</p>	<p>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 4,8</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Investigating the Added Value of the EQ-5D-5L With Two Bolt-On Items in</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier l'impact d'ajouter deux items à un</p>	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Via le réseau interne d'une organisation de patients atteints d'hémophilie, -Chine. 	<p>Évaluation de la QDV liée à la santé par l'EQ-5D-5L, le SF-12, l'Haem-A-QoL.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -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>EQ-5D-5L, SF-12, l'Haem-A-QoL.</p>	<p>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p>

<p>Patients With Hemophilia (93).</p> <p>Xu et al.</p> <p>Frontiers in medicine, 2021.</p>	<p>questionnaire de QDV liée à la santé et évaluer leurs propriétés psychométriques chez les patients ayant une hémophilie.</p> <p>Méthode : 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.</p>	<p>Dates d'inclusion : août à décembre 2019.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés ≥18 ans, -absence de troubles cognitifs. <p>895 patients inclus.</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 augmentait significativement la capacité à prédire le score EQ-VAS.</p> <p>-Les 2 items spécifiques amélioraient la sensibilité, et le pouvoir exploratoire de l'EQ-5D-5L.</p>			<p>Impact Factor: 3,1</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</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 (94).</p> <p>Boland et al.</p> <p>Respiratory medicine, 2016.</p>	<p>Etude observationnelle longitudinale.</p> <p>Objectif : étudier l'association entre l'observance médicamenteuse et la QDV liée à la santé.</p> <p>Méthode : 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 (Clinical COPD Questionnaire ou CCQ, SGRQ, EQ-5D). Mesures à 12 et 24 mois.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inclusion de 23 des 40 centres de soins primaires de l'étude RECODE, -Pays-Bas. <p>Dates d'inclusion : 2010 à 2011.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnostic de BPCO par un médecin, -≥ 2 prescriptions de traitements de fond de BPCO dans l'année. <p>511 patients inclus.</p>	<p>Critère de jugement principal : évaluer l'association entre l'observance médicamenteuse et la QDV liée à la santé.</p> <p>Critère de jugement secondaire : 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.</p>	<p>-Sans ajustement, le groupe observant avait un score SGRQ significativement moins bon que le groupe non observant.</p> <p>-Cette association n'existait plus après ajustement sur la sévérité de la maladie et le mode de vie, mais il n'existait pas d'association significative entre une bonne observance et une amélioration de la QDV liée à la santé.</p>	<p>EQ-5D, CCQ, SGRQ.</p>	<p>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 3,5</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Longitudinal associations between sex, diabetes self-care, and health-related quality of life among youth with type 1 or type 2 diabetes mellitus (95).</p> <p>Naughton et al.</p> <p>The Journal of</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier l'association entre le sexe, l'auto-gestion du diabète et la QDV liée à la santé chez les enfants et les adolescents ayant un diabète de type 1 et 2.</p> <p>Méthode : utilisation de données de l'étude SEARCH for Diabetes in Youth.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ohio, Washington, Caroline du Sud, Colorado, Hawaii, Californie, Etats-Unis. <p>Dates d'inclusion : 2002 à 2005</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Jeunes ayant un diabète de type 1 ou 2, -âgés ≥ 10 ans, -avoir complété les données pour l'étude SEARCH. 	<p>Mesure de la QDV liée à la santé par le PedsQL 4.0.</p>	<p>-La QDV liée à la santé était meilleure chez les patients ayant de diabète de type 1 par rapport à ceux ayant un diabète de type 2.</p> <p>-Les filles avaient un score PedsQL 4.0 plus bas que les garçons, quel que soit le type de diabète.</p> <p>-Chez les patients diabétiques de type 1, un meilleur score du PedsQL 4.0 était associé à une meilleure éducation parentale, à des valeurs d'hémoglobine glyquée plus basses, et à une activité physique plus importante.</p> <p>-Chez les patients diabétiques de type 2, il n'y avait pas d'association significative avec l'âge et</p>	<p>PedsQL 4.0</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 8/10</p> <p>Impact Factor: 3,9</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

pediatrics, 2014.	Analyse par régression sur les données à l'inclusion et à environ 4 ans.	910 patients diabétiques de type 1, 241 patients diabétiques de type 2.		le sexe. Un score de QDV liée à la santé plus bas était associé au fait d'être une femme et d'avoir un score IMC plus élevé.			
Mapping WOMAC Onto the EQ-5D-5L Utility Index in Patients With Hip or Knee Osteoarthritis (96). Bilbao et al. Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 2020.	Étude observationnelle prospective. Objectif : étudier la relation entre les scores du Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) et de l'EQ-5D-5L chez les patients ayant une arthrose de la hanche ou du genou. Méthode : mesure de la QDV liée à la santé et du score WOMAC à l'inclusion et à 6 mois. Test de 3 approches statistiques différentes.	Lieux de recrutement : - 6 hôpitaux et 21 centres de soins primaires du service national de santé, - 3 régions d'Espagne. Dates d'inclusion : novembre 2014 à décembre 2015. Critères d'inclusion : -Patients ayant une arthrose de la hanche ou du genou, -sans autre maladie organique comme une néoplasie ou psychiatrique. 758 patients inclus. 644 ont complété les questionnaires à 6 mois.	Évaluation de la QDV liée à la santé par l'EQ-5D-5L et sa relation avec le score WOMAC chez des patients ayant une arthrose de la hanche ou du genou.	Cette étude fournit 2 algorithmes permettant de prédire le score EQ-5D-5L via le score WOMAC chez les patients ayant une arthrose de la hanche et du genou.	EQ-5D-5L.	G	Echelle Downs and Black: 9/10 Impact Factor: 4,9 Niveau de preuve HAS 2, grade B
Measuring patient and clinician perspectives to evaluate change in health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease (97). Wyrwich et al. Journal of general internal medicine, 2007.	Etude transversale. Objectif : 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. Méthode : 3 perspectives : Panel de médecins habitués à mesurer la QDV chez le patient ayant une BPCO consultant en soins primaires et les médecins généralistes de ces patients. Les patients complètent les questionnaires de QDV liée à la santé à l'inclusion, et lors de suivis bimensuels sur une durée de 12 mois.	Lieux de recrutement : -2 cliniques de soins primaires, -Midwest, Etats-Unis. Dates d'inclusion : août 2000 à novembre 2001. Critères d'inclusion : -Age ≥ 50 ans et, -diagnostic de BPCO, de maladie respiratoire obstructive, d'emphysème, ou de bronchite chronique, -ou, une liste de médicaments contenant > 1 prescription pour un bronchodilatateur oral ou inhalé. 9 médecins généralistes experts du traitement de la BPCO et de l'évaluation spécifique et générique de la QDV liée à la santé. 1,795 patients inclus et leur 43 médecins généralistes. 610 patients inclus.	Mesure de la QDV liée à la santé par le questionnaire spécifique Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) et le SF-36, sur une durée de 12 mois.	-Le panel d'experts a déterminé que le seuil pour une différence minimale cliniquement importante était de deux changements d'état pour toutes les dimensions du score CRQ et au moins 1 changement d'état pour chaque échelle du SF-36. -Le score CRQ était capable de détecter des petits changements. -La différence minimale cliniquement importante était plus élevée chez les médecins généralistes experts et les médecins généralistes des patients inclus.	SF-36, CRQ.	G et S	Echelle Downs and Black: 8/10 Impact Factor: 4,3 Niveau de preuve HAS 4, grade C
Medical outcomes study social support	Etude transversale.	Lieu de recrutement : -Service de médecine générale,	Etudier la structure interne du MOS-SSS.	-Développement d'une nouvelle version (MOS-SSS), pour laquelle l'invariance de mesure,	SF-36	G	Echelle Downs and

<p>survey (MOS-SSS) in patients with chronic disease: A psychometric assessment (98).</p> <p>Merino-Soto et al.</p> <p>Frontiers in psychiatry, 2022.</p>	<p>Objectif : déterminer la structure interne du Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS-SSS) pour des patients ayant une maladie chronique.</p> <p>Méthode : les participants ont répondu au Q-SV (questionnaire de variables socio-économiques), au SF-36 et au MOS-SSS.</p>	<p>-Mexico City, Mexique.</p> <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients suivis et recevant des traitements dans le service de médecine générale pour des maladies chroniques, -âgés ≥ 20 ans. <p>470 patients inclus</p>		<p>l'équivalence avec la version longue, la fiabilité et l'association avec l'échelle SF-36 étaient satisfaisantes.</p> <p>-Cette version montre des propriétés psychométriques adaptées pour les patients ayant une maladie chronique suivis en soins primaires.</p>			<p>Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Negative effects of diabetes-related distress on health-related quality of life: an evaluation among the adult patients with type 2 diabetes mellitus in three primary healthcare clinics in Malaysia (99).</p> <p>Chew et al.</p> <p>Health and quality of life outcomes, 2015.</p>	<p>Eude transversale</p> <p>Objectif : étudier l'association entre les variables sociales, démographiques, cliniques des patients ayant un diabète de type 2 et la QDV liée à la santé.</p> <p>Méthode : les patients recrutés ont répondu à trois questionnaires : WHOQoL-BREF, Diabète Distress Scale-17 ou DDS-17, Patient Health Questionnaire-9 ou PHQ-9)</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -63 cliniques de soins primaires, -Malaisie. <p>Dates d'inclusion : 2012-2013.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients ayant un diabète de type 2 depuis > 1 an, -âgés ≥ 30 ans, -≥ 3 consultations sur l'année passée à l'hôpital public, -avoir fait un bilan biologique sanguin sur les 3 derniers mois. <p>752 patients inclus.</p>	<p>Etude de l'association entre les variables socio-démographiques, cliniques et la QDV liée à la santé chez le patient diabétique de type 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -60% des patients ayant un diabète de type 2 avaient une bonne QDV liée à la santé globale en soins primaires. -Le score moyen de la QDV liée à la santé physique était le plus bas, suivi par le score de la QDV liée à la santé psychologique. -Être croyant, était le plus puissant déterminant d'une bonne QDV liée à la santé. -Les femmes, et principalement les jeunes qui avaient un diabète de type 2 depuis une période moins longue, rapportaient une meilleure QDV liée à la santé. -Il existait une association négative entre le DDS-17 et la QDV liée à la santé. -Le facteur impactant le plus négativement la QDV liée à la santé de manière globale était les complications macro-vasculaires. -Les patients de sexe masculin, plus âgés, non mariés, non employés, ayant une dyslipidémie avec un taux de cholestérol total élevé, et un score PHQ-9 élevé avaient une QDV liée à la santé significativement plus basse. 	<p>WHOQoL-BREF</p>	<p>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health-related quality of life of patients. Results of the EPIDEPOC study (100).</p> <p>Garrido et al.</p> <p>Health and quality of</p>	<p>Etude épidémiologique observationnelle descriptive.</p> <p>Objectif : évaluer la QDV liée à la santé chez des patients ayant une BPCO stable en soins primaires.</p> <p>Méthode : ce travail de recherche fait partie de l'étude EPIDEPOC.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -2,377 médecins de soins primaires, -recrutés dans toutes les régions d'Espagne. <p>Dates d'inclusion : 1er janvier au 31 mars 2003.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés > 40 ans, -diagnostiqués d'une BPCO depuis ≥ 12 mois. 	<p>Mesure de la QDV liée à la santé par le SF-12</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Comparé à la population générale, les patients ayant une BPCO avaient un score PCS-12 significativement diminué, même dans les stades modérés de la maladie (tandis que le Mental Component Summary-12 était altérée pour les stades avancés de la maladie). -La corrélation avec le VEMS était plus grande pour le score PCS-12 que pour le MCS-12. -Les prédicteurs significatifs pour les deux composantes de la QDV liée à la santé étaient le sexe, le VEMS, une limitation du débit d'air, l'oxygénothérapie, le nombre de passage aux 	<p>SF-12</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

life outcomes, 2006.		10,711 patients inclus		urgences ou hospitalisation. -Les autres prédicteurs indépendants du PCS-12 étaient l'âge, l'IMC et le niveau d'éducation. -Les femmes avaient une QDV liée à la santé plus basse que les hommes, sur les composantes physiques et psychologiques.			
<p>Nutritional Guidance Improves Nutrient Intake and Quality of Life, and May Prevent Falls in Aged Persons with Alzheimer Disease Living with a Spouse (NuAD Trial) (101).</p> <p>Suominen et al.</p> <p>The journal of nutrition, health & aging, 2015.</p>	<p>Essai randomisé contrôlé.</p> <p>Objectifs : évaluer l'effet de conseils nutritionnels sur mesure sur la nutrition, la QDV liée à la santé et les chutes des patients ayant une maladie d'Alzheimer.</p> <p>Méthode : -Groupe interventionnel : conseils nutritionnels sur mesure lors de visites à domicile pendant un an. -Groupe contrôle : ont reçu un guide papier sur la nutrition de la personne âgée.</p>	<p>Lieu de recrutement : -Via le registre central de remboursement des médicaments de l'assurance sociale, -métropole d'Helsinki, Finlande.</p> <p>Dates d'inclusion : août 2010 à janvier 2011.</p> <p>Population incluse : -Patients ayant une maladie d'Alzheimer vivant avec un/une conjoint(e). -âgés > 64 ans, -diagnostic réalisé par un gériatre ou neurologue, -patients ayant la capacité de se déplacer en taxi sur le lieu de l'étude, -absence de maladie terminale et une espérance de vie ≥ 6 mois.</p> <p>99 patients inclus (50 dans le groupe interventionnel et 49 en contrôle).</p>	<p>Critère de jugement principal : modification du poids.</p> <p>Critère de jugement secondaire : changements des apports en protéines et micronutriments, la QDV liée à la santé et le taux de chute.</p>	<p>-Amélioration de la QDV liée à la santé dans le groupe interventionnel, et déclin de la QDV liée à la santé dans le groupe contrôle. Différence significative entre les 2 groupes. -Les dimensions de la QDV liée à la santé qui ont montré des différences significatives entre les deux groupes (améliorés dans le groupe interventionnel) étaient la cognition, la respiration, l'activité physique quotidienne, et la dépression.</p>	15-D	G	<p>Echelle Downs and Black: 22/27</p> <p>Impact Factor: 4,3</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B.</p>
<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 (102).</p> <p>Peters-Klimm et al.</p> <p>Health and quality of life outcomes, 2010.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : identifier les déterminants de la QDV liée à la santé chez des patients ayant une insuffisance cardiaque systolique en soins primaires.</p>	<p>Lieux de recrutement : -50 médecins généralistes de 48 cabinets, -région nord de Baden en Allemagne.</p> <p>Dates d'inclusion : deux phases (mars à septembre 2005, et juin 2006 à janvier 2007).</p> <p>Critères d'inclusion : -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>Mesure de la QDV par une échelle générique le SF-36 et quatre domaines d'une échelle spécifique le Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ).</p>	<p>-La sévérité de la dépression, la multimorbidité, l'augmentation de l'âge, un score NYHA plus élevé, avoir une BPCO, prendre des ARAI étaient associés à une moins bonne QDV liée à la santé. -Un niveau socio-économique élevé, un meilleur soin de soi, un antécédent de pontage coronarien étaient associés significativement à une meilleure QDV liée à la santé. -Le déterminant ayant le plus grand impact sur la QDV liée à la santé était la sévérité d'une dépression associée.</p>	SF-36 et KCCQ (4 domaines)	G et S	<p>Echelle Downs and Black: 8/10</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

<p>Patient-centered assessment of COPD in primary care: experience from a cross-sectional study of health-related quality of life in Europe (103).</p> <p>Jones et al.</p> <p>Primary care respiratory journal: journal of the General Practice Airways Group, 2012.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : décrire les facteurs associés à l'évaluation de la sévérité de la BPCO par le médecin généraliste et ceux associés aux « résultats patient ».</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Via les médecins généralistes des patients. -Cinq pays européens (Belgique, France, Allemagne, Pays-Bas et Espagne). <p>Dates d'inclusion : novembre 2008 à mai 2009.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Non précisés. <p>2,526 patients éligibles, données disponibles pour 2,294 patients.</p>	<p>Critère de jugement principal : évaluation de la sévérité de la BPCO par le médecin généraliste.</p> <p>Critère de jugement secondaire : évaluation de la QDV liée à la santé chez le patient ayant une BPCO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Chez le patient ayant une BPCO, la QDV liée à la santé était mauvaise à tous les stades de sévérité déterminés par les médecins de soins primaires. -Le facteur le plus fortement associé aux scores de QDV liée à la santé est l'évaluation de la sévérité par le médecin de soins primaires. -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. -Les scores CAT et SGRQ étaient fortement corrélés. 	<p>SF-12, SGRQ-C, CAT.</p>	<p>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 2,714</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Patterns of physical activity and health-related quality of life amongst patients with multimorbidity in a multi-ethnic Asian population (104).</p> <p>Subramaniam et al.</p> <p>BMC public health, 2019.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : examiner le niveau d'activité physique chez les patients multimorbides et son association avec les facteurs socio-démographiques, les paramètres cliniques et la QDV liée à la santé.</p> <p>Méthode : fait partie d'une étude plus large visant à étudier la multimorbidité en soins primaires.</p>	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Clinique de soins primaires, -Singapour. <p>Dates d'inclusion : août 2014 à juin 2016.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés ≥ 21 ans, -diagnostiqués de manière coexistence de 2 des 3 maladies chroniques suivantes : hyperlipidémie, hypertension artérielle et diabète de type 1 ou 2, -vus à la clinique au moins deux fois dans les 6 mois précédents l'inclusion. <p>932 patients inclus.</p>	<p>Critère de jugement principal : mesure de l'activité physique par l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).</p> <p>Critère de jugement principal : examiner l'association du niveau d'activité physique avec la QDV liée à la santé et avec les paramètres cliniques (HbA1C, tension artérielle, LDL-C).</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Un niveau d'activité insuffisant était significativement associé à une moins bonne QDV liée à la santé (mesurée par l'EQ-5D et l'EQ-VAS), comparé au niveau d'activité physique suffisant. 	<p>EQ-5D-3L</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 3,5</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Perceptions of disease and health-related quality of life among patients with gout (105).</p> <p>Lee et al.</p> <p>Rheumatology, 2009.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : évaluer l'impact de la goutte sur la QDV liée à la santé.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cliniques de rhumatologie et de soins primaires à San Diego, Cincinnati et Minneapolis, -Etats-Unis. <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés entre 18 et 85 ans, -rapportant un antécédent de goutte ou ayant un diagnostic de goutte porté par un médecin. 	<p>Mesure de la QDV liée à la santé chez les patients ayant de la goutte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Les composantes physique et mentale du SF-36 étaient significativement plus basses chez le patient expérimentant de la goutte (comparé à la population générale adulte américaine). -Les scores moyens du PCS et MCS étaient significativement plus bas chez les patients présentant des accès de goutte fréquents et ayant un nombre plus important d'articulations atteintes. -Après ajustement sur des facteurs confondant (âge, sexe, comorbidités), le nombre d'articulations atteintes durant une crise typique et la pire crise de goutte étaient les facteurs 	<p>SF-36</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 9/10.</p> <p>Impact Factor: 4,7</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p>

		371 patients inclus. Données pour 308 patients.		ayant le plus d'impact sur la QDV liée à la santé.			
<p>Physical activity, cardiovascular health, quality of life and blood pressure control in hypertensive subjects: randomized clinical trial (106).</p> <p>Arija et al.</p> <p>Health and quality of life outcomes, 2018.</p>	<p>Etude randomisée contrôlée.</p> <p>Objectif : évaluer l'efficacité d'un programme d'activité physique sur le risque cardio-vasculaire, la QDV liée à la santé et le contrôle de la pression artérielle chez des sujets hypertendus en soins primaires.</p> <p>Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Groupe interventionnel : 120 minutes de marche supervisées par semaine et des activités socio-culturelles sur 9 mois. -Groupe contrôle : soins standards. <p>Evaluation de la QDV liée à la santé au début et à la fin de l'intervention.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -5 centres de soins primaires (4 urbains et 1 rural), -Reus, Espagne. <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients adultes ayant une hypertension artérielle (contrôlée ou non), -diagnostiqués au moins un an avant l'inclusion. <p>237 patients inclus (175 dans le groupe interventionnel et 62 dans le groupe contrôle).</p>	<p>Critère de jugement principal : contrôle du risque cardiovasculaire.</p> <p>Critères de jugement secondaires : contrôle de la pression artérielle, de la QDV liée à la santé.</p>	<p>-Le programme d'activité physique a permis d'améliorer les domaines de la fonction physique et des douleurs corporelles de la composante physique de la QDV liée à la santé et le domaine vitalité de la composante mentale de la QDV liée à la santé.</p>	SF-36	G	<p>Echelle Downs and Black: 21/27</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Physical Healthcare, Health-Related Quality of Life and Global Functioning of Persons with a Severe Mental Illness in Belgian Long-Term Mental Health Assertive Outreach Teams: A Cross-Sectional Self-Reported Survey (107).</p> <p>Martens et al.</p> <p>International journal of environmental research and public health, 2022.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier l'association entre le nombre et le type de professionnels de santé impliqués, le nombre de contacts avec ces professionnels avec les plaintes physiques, la QDV liée à la santé, le fonctionnement global des patients ayant une maladie mentale sévère.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -8 centres de santé mentale, région flamande, en Belgique. <p>Dates d'inclusion : février à mars 2020, puis septembre 2020 à février 2021.</p> <p>Critères d'inclusion : non décrits (seulement les critères d'exclusion).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Absence de déficience intellectuelle, -absence de symptômes psychiatriques aigus. <p>173 patients inclus.</p>	<p>Etude de la relation entre le type de professionnels de santé impliqués, le nombre de contacts avec ces professionnels et les plaintes physiques, la QDV liée à la santé le fonctionnement global (mesuré par le questionnaire WHODAS 2.0).</p>	<p>-Avoir un médecin généraliste était associé à un score significativement plus bas sur le domaine du fonctionnement de rôle dû à un problème émotionnel.</p> <p>-Avoir une infirmière à domicile était associé à un score significativement plus bas sur le domaine fonctionnement physique et du fonctionnement social.</p> <p>-Avoir des contacts réguliers avec un pharmacien était associé de manière significative à un score plus bas sur le domaine fonctionnement physique.</p>	RAND-36	G	<p>Echelle Downs and Black: 8/10</p> <p>Impact Factor 4,614 (2021)</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Polypharmacy and Health-Related</p>	<p>Etude transversale</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Via 56 médecins généralistes ou par des 	<p>Mesure de la QDV liée à la santé chez des patients</p>	<p>-Les patients ayant une polymédication rapportaient des scores EQ-5D-5L</p>	EQ-5D-5L, SF-12	G	<p>Echelle Downs and</p>

<p>Quality of Life/Psychological Distress Among Patients With Chronic Disease (108).</p> <p>Wilder et al., Preventing chronic disease, 2022.</p>	<p>Objectif : explorer l'association entre la polymédication et la QDV liée à la santé ainsi que la détresse psychologique.</p>	<p>associations de patients, -Flandres, Belgique.</p> <p>Dates d'inclusion : juin 2019 à juin 2021</p> <p>Critères d'inclusion : -Adultes âgés ≥ 18 ans, -diagnostiqués d'au moins une maladie chronique suivante : maladie cardio-métabolique, trouble mental, ou maladie musculosquelettique.</p> <p>544 patients inclus</p>	<p>malades chroniques.</p>	<p>significativement plus bas (sur l'EQ-VAS et le PCS après ajustement sur des co-variables mais pas sur le MCS) par rapport aux patients n'ayant pas de polymédication. -Plus le nombre de médicaments utilisé était élevé, pire étaient les résultats des scores de l'EQ-5D-5L et du SF-12. -La polymédication était négativement associée avec le domaine physique de la QDV liée à la santé mais pas avec le domaine mental chez les patients malades chroniques.</p>			<p>Black: 9/10 Impact Factor: 4,4 Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Predictors of health-related quality of life in older people with non-communicable diseases attending three primary care clinics in Malaysia (109).</p> <p>Sazlina et al. The journal of nutrition, health & aging, 2012.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : déterminer la QDV liée à la santé et ses prédicteurs chez les patients âgés suivis en soins primaires pour des maladies non transmissibles.</p>	<p>Lieux de recrutement : -3 centres de soins primaires. -Selangor, Malaisie.</p> <p>Dates d'inclusion : décembre 2007 à avril 2008.</p> <p>Critères d'inclusion : -Patients âgés ≥ 55 ans consultant en soins primaires, -avoir une maladie non transmissible.</p> <p>347 patients inclus.</p>	<p>Évaluation de la QDV liée à la santé chez des patients âgés ayant une maladie non transmissible.</p>	<p>-Un âge ≥ 65 ans, le célibat, la présence d'une comorbidité, et un soutien social plus faible étaient associés significativement à une plus mauvaise QDV liée à la santé sur le domaine physique. -Les facteurs prédictifs d'une moins bonne QDV liée à la santé sur la composante mentale étaient le sexe féminin, l'ethnicité indienne et un soutien social plus faible.</p>	SF-36	G	<p>Echelle Downs and Black: 10/10 Impact Factor: 4,3 Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care (110).</p> <p>Gott et al. Age and ageing, 2006.</p>	<p>Etude de cohorte prospective observationnelle.</p> <p>Objectif : identifier les facteurs prédictifs de la QDV liée à la santé chez le patient âgé insuffisant cardiaque.</p>	<p>Lieux de recrutement : -616 cabinets de médecine générale, -Bradford, Barnsley, East Devon et West Hampshire, en Grande-Bretagne.</p> <p>Dates d'inclusion : août 2003 à avril 2004.</p> <p>Critères d'inclusion : -Patients âgés > 60 ans, -insuffisants cardiaques, -absence de troubles neurocognitifs sévères, -dyspnée classe NYHA II-IV.</p> <p>587 patients inclus.</p>	<p>Évaluation de la QDV liée à la santé par un score générique et spécifique tous les 3 mois pendant 24 mois.</p>	<p>-Être une femme, avoir un score NYHA III ou IV, avoir une dépression, être dans les groupes socio-économiques III-V et avoir deux ou trois comorbidités étaient des facteurs significativement prédictifs d'une QDV liée à la santé diminuée. -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>	SF-36, KCCQ.	G et S	<p>Echelle Downs and Black: 10/10 Impact Factor: 6,0 Niveau de preuve HAS 2, grade B.</p>
<p>Primary Healthcare Organization and Quality-of-Life</p>	<p>Etude de cohorte prospective observationnelle.</p>	<p>Lieux de recrutement : -33 cliniques de soins primaires -Montréal et dans la région de Montréal</p>	<p>Évaluation de la QDV liée à la santé par des questionnaires génériques et spécifiques.</p>	<p>-Les modèles communautaires étaient bénéfiques sur la QDV liée à la santé pour les patients âgés avec un nombre plus élevé de</p>	SF-36, HAQ, MLHFQ,	G et S	<p>Echelle Downs and Black: 8/10</p>

<p>Outcomes for Persons with Chronic Disease (111).</p> <p>Feldman et al.</p> <p>Healthcare policy, 2012.</p>	<p>Objectif : explorer l'association entre le modèle organisationnel des soins primaires et la QDV liée à la santé des patients malades chroniques.</p> <p>Méthode : évaluation de la QDV liée à la santé à l'inclusion, 6, 12 et 18 mois.</p>	<p>(Québec, Canada).</p> <p>Dates d'inclusion : 2006-2008.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients diagnostiqués d'une des maladies chroniques suivantes : arthrose, insuffisance cardiaque, BPCO, diabète. <p>776 patients inclus.</p>		<p>comorbidités et un statut de santé plus bas.</p> <ul style="list-style-type: none"> -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 signification plus basse. -Aucun des modèles organisationnels de soins primaires étaient associés avec la QDV liée à la santé. 	<p>CRQ, ADDQoL.</p>		<p>Impact Factor: 0,9</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>
<p>Prognostic factors associated with quality of life in heart failure patients considering the use of the generic EQ-5D-5L™ in primary care: new follow-up results of the observational RECODE-HF study (112).</p> <p>Boczor et al.</p> <p>BMC family practice, 2021.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier les caractéristiques cliniques et leur utilité pronostique dans l'insuffisance cardiaque et comparer la QDV liée à la santé des patients insuffisants cardiaques avec la population générale allemande.</p> <p>Méthode : utilisation des données de l'étude RECODE-HF. Evaluation de la QDV liée à la santé à l'inclusion et à 12 mois.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -293 médecins généralistes -Allemagne. <p>Dates d'inclusion : 2012 à 2014.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés ≥ 18 ans, -diagnostic documenté d'insuffisance cardiaque sur les 5 dernières années, -au moins une consultation avec le médecin généraliste sur les 6 derniers mois. <p>3,387 patients inclus.</p> <p>Analyse de données pour 2,354 patients.</p>	<p>Evaluation de la QDV liée à la santé par l'EQ-5D-5L.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La QDV liée à la santé chez le patient insuffisant cardiaque n'était pas associée aux facteurs de détresse psychosociaux, mais aux caractéristiques cliniques. -Les patients insuffisants cardiaques rapportant une détresse psychosociale (dépression, anxiété, troubles de l'adaptation), avaient un taux plus élevé de problèmes de mobilité, de soin de soi, dans les activités habituelles, dans la douleur/inconfort et dans l'anxiété/dépression (comme rapportés par l'EQ-5D-5L), par rapport aux patients n'exprimant pas de détresse psychosociale. -Les patients de l'étude avaient une QDV liée à la santé significativement plus basse que la population générale allemande. 	<p>EQ-5D-5L</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Prognostic Factors for Health Outcomes After Exercise Therapy and Education in Individuals With Knee and Hip Osteoarthritis With or Without Comorbidities: A Study of 37,576 Patients Treated in Primary Care (113).</p> <p>Pihl et al.</p> <p>Arthritis care & research, 2022.</p>	<p>Etude de cohorte prospective interventionnelle.</p> <p>Objectif : identifier les facteurs pronostics des résultats concernant la santé après un programme d'éducation et d'exercices thérapeutiques pour les patients ayant une arthrose du genou ou de la hanche (avec ou sans comorbidités).</p> <p>Méthode :</p> <p>Le programme consiste en 2 sessions d'éducation thérapeutique et 12 sessions d'exercices thérapeutiques supervisés.</p> <p>Un groupe arthrose seul et 8</p>	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Via un groupe de patients (<i>the Good Life With Osteoarthritis</i>). -Danemark. <p>Dates d'inclusion : 1er juillet 2014 au 31 octobre 2019.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients expérimentant des gonalgies, coxalgies ou une impotence fonctionnelle en lien avec une arthrose. <p>37,576 données pour l'EQ-5D-5L.</p>	<p>Critère de jugement principal : fonction physique (40 meters Fast-Paced Walk Test).</p> <p>Critère de jugement secondaire : QDV liée à la santé (EQ-5D-5L), intensité de la douleur (VAS).</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Association significative entre l'âge, l'auto-efficacité, la perception de sa santé, l'intensité de la douleur et les changements de l'EQ-5D-5L. -Amélioration significative de l'EQ-5D-5L avant et après le programme pour tous les participants. -Dans le groupe « arthrose » seul, 14 des 21 facteurs pronostics étaient associés significativement à une modification de la QDV liée à la santé (sexe féminin, perception de sa santé, intensité de la douleur). -Les résultats étaient similaires dans tous les groupes de comorbidités (pas de différence significative avec le groupe « arthrose » seul). -Sauf exceptions : <ul style="list-style-type: none"> > un âge plus élevé et un tabagisme étaient associés à une plus grande amélioration de la QDV liée à la santé dans les groupes « dépression » et « diabète ». > Un niveau d'éducation plus élevé et une 	<p>EQ-5D-5L</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 3,7</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>

	groupes arthrose associé à une comorbidité.			meilleure fonction physique étaient associés à une plus grande amélioration de la QDV liée à la santé dans les groupes « dépression » et « diabète ». > Des douleurs localisées à d'autres articulations étaient associées à une plus faible amélioration de la QDV liée à la santé dans les groupes des « maladies cardiaques » et « respiratoires ».			
<p>Quality of life and economic burden of illness in very early arthritis. A population-based study in southern Sweden (114).</p> <p>Söderlin et al.</p> <p>The Journal of rheumatology, 2004.</p>	<p>Etude de cohorte prospective observationnelle.</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> -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>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -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>Dates d'inclusion : mai 1999 à mai 2000.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Apparition récente (maximum 3 mois) d'une nouvelle inflammation articulaire. <p>71 patients inclus.</p>	<p>Mesure de la QDV liée à la santé par le Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS) et l'EQ-5D et comparaison entre les différents groupes diagnostiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La QDV liée à la santé était affectée significativement pour les 4 diagnostics d'arthrite dans leurs stades précoces. -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 de l'arthrite rhumatoïde. -Absence de différence significative entre les 4 groupes diagnostiques pour l'EQ-5D dans les stades précoces des maladies. -Corrélation significative entre les coûts et l'EQ-5D (scores EQ-5D et EQ-VAS) dans les premiers mois de la maladie. -Corrélation significative entre les coûts et les domaines « mobilité, activité physique, activité ménagère, activités de la vie quotidienne et douleur » de l'AIMS. 	EQ-5D-3L, AIMS.	G et S	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,6</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B.</p>
<p>Quality of Life and Economic Burden of Respiratory Disease in Asia-Pacific-Asia-Pacific Burden of Respiratory Diseases Study (115).</p> <p>Wang et al.</p> <p>Value in health regional issues, 2016.</p>	<p>Etude transversale multicentrique.</p> <p>Objectif : 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>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -22 sites (médecins de soins primaires ou spécialistes, en ambulatoire ou en hospitalisation). -Six pays : Inde, Corée, Malaisie, Singapour, Taiwan et Thaïlande. <p>Dates d'inclusion : octobre 2012 à octobre 2013.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés ≥ 18 ans, -avec un diagnostic primaire d'asthme, de BPCO, de rhinite allergique, de rhino-sinusite. <p>5,250 patients inclus.</p>	<p>Evaluation de l'impact de l'utilisation des ressources de santé sur la QDV liée à la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Les scores PCS et MCS étaient en dessous de la moyenne pour les patients présentant de l'asthme, une BPCO, et une rhino-sinusite. -Le score MCS était similaire pour toutes les maladies respiratoires étudiées. -Le score PCS était significativement plus bas pour les patients BPCO. -Pour l'asthme, l'impact sur la QDV liée à la santé était faible à modéré. -Pour la rhinite allergique ou la rhino-sinusite, l'impact sur la QDV liée à la santé était très modéré à modéré. 	SF-12, MiniAQLQ, CAT, SNOT-20.	G et S	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 1,4</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

<p>Quality of life assessment in patients with heart failure: validity of the German version of the generic EQ-5D-5L™ (116).</p> <p>Boczor et al.</p> <p>BMC public health, 2019.</p>	<p>Etude de cohorte prospective observationnelle.</p> <p>Objectif : validation psychométrique de la version Allemande EQ-5D-5L comme instrument générique pour évaluer la QDV liée à la santé de patients insuffisants cardiaques.</p> <p>Méthode : utilisation des données de l'étude RECODE-HF.</p>	<p>Lieux de recrutement : 293 médecins généralistes en Allemagne.</p> <p>Dates d'inclusion : 2012 à 2014.</p> <p>Critères d'inclusion : -Patients âgés ≥ 18 ans, -diagnostic documenté d'insuffisance cardiaque sur les 5 dernières années, -du moins une consultation avec le médecin généraliste sur les 6 derniers mois.</p> <p>3387 patients inclus.</p>		<p>-La version allemande d'EQ-5D-5L pourrait être une méthode appropriée (bonne fiabilité et validité) pour l'évaluation de la QDV liée à la santé chez le patient insuffisant cardiaque en soins primaires.</p> <p>-Différence significative entre les patients insuffisants cardiaques seuls et avec comorbidités sur les items « mobilité, activités habituelles et douleur/inconfort » et le score VAS de l'EQ-5D-5L.</p> <p>-Détérioration significative de tous les items et du score VAS de l'EQ-5D-5L chez les patients plus âgés.</p>	EQ-5D-5L	G	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 3,5</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>
<p>Quality of life in patients with IBD during the COVID-19 pandemic in the Netherlands (117).</p> <p>Bock et al.</p> <p>BMJ open gastroenterology, 2021.</p>	<p>Etude de cohorte prospective observationnelle.</p> <p>Objectif : déterminer l'effet de la pandémie Covid-19 sur la QDV liée à la santé chez les patients ayant une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI).</p>	<p>Lieu de recrutement : -Membres de la base de données "Crohn's and Colitis Association", -Pays-Bas.</p> <p>Dates d'inclusion : 31 août au 13 septembre 2020.</p> <p>Critères d'inclusion : -Age > 18 ans, -diagnostiqués d'une MICI, sans rectite.</p> <p>582 patients inclus.</p>	<p>Critère de jugement principal : mesure de la QDV liée à la santé par le SF-36 et l'Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ).</p> <p>Critère de jugement secondaire : facteurs influençant sur la QDV liée à la santé (âge, genre, type de MICI, chirurgie ou non).</p>	<p>-La QDV liée à la santé était basse dans 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 sexe 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>	SF-36, IBDQ	G et S	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,3</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>
<p>Quality of life of Australian chronically ill adults: patient and practice characteristics matter (118).</p> <p>Jayasinghe et al.</p> <p>Health and quality of life outcomes, 2009.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectifs : -Evaluer l'impact des caractéristiques de patients malades chroniques et de leur cabinet de médecine générale. -Evaluer la validité de l'échelle SF-12 en Australie.</p>	<p>Lieux de recrutement : -96 cabinets de médecine générale dans 5 États australiens.</p> <p>Dates d'inclusion : décembre 2003 à octobre 2004.</p> <p>Population incluse : -Patients âgés ≥ 18 ans ou plus, -malades chroniques.</p> <p>7,606 patients inclus.</p>	<p>Evaluation de l'impact des caractéristiques du malade et de leur cabinet de médecine générale sur la QDV liée à la santé.</p>	<p>-Association significative entre un score PCS ou MCS plus bas et un état de santé général moins bon, un statut socio-économique bas et avoir au moins deux maladies chroniques.</p> <p>-Un âge jeune était associé à score MCS plus bas mais à un score PCS plus élevé.</p> <p>-La satisfaction avec la qualité des soins et le statut matrimonial étaient associés positivement avec le MCS.</p> <p>-L'emploi avait une association plus forte avec la QDV liée à la santé chez l'homme que chez la femme.</p> <p>-Les patients nés en Australie avaient un score MCS significativement plus élevé que les patients non anglophones.</p> <p>-Les patients de cabinets plus petits rapportaient des scores PCS et MCS plus bas comparés aux</p>	SF-12	G	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

				cabinets plus importants. -Le SF-12 apparaît comme une mesure valide pour évaluer la QDV liée à la santé des patients malades chroniques Australiens.			
<p>Relation of health-related quality of life to metabolic syndrome, obesity, depression and comorbid illnesses (119).</p> <p>Vetter et al. International journal of obesity, 2011.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : étudier la relation entre le syndrome métabolique et la QDV liée à la santé et comment certains facteurs affectent cette relation.</p> <p>Méthode : données tirées de l'étude Practice-Based Opportunities for Weight Reduction (POWER).</p>	<p>Lieux de recrutement : -Six cabinets de soins primaires à l'université de Pennsylvanie. -Etats-Unis.</p> <p>Dates d'inclusion : janvier 2008 à juin 2011.</p> <p>Critères d'inclusion : -Patients âgés ≥ 21 ans, -IMC entre 30 et 50 kg/m², -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>Evaluation de l'impact du syndrome métabolique sur la QDV liée à la santé (mesurée par des questionnaires généraux et spécifiques).</p>	<p>-Le syndrome métabolique n'était pas associé avec la QDV liée à la santé (sur toutes les échelles utilisées dans cette étude). -Dans le modèle multivarié, seule la dépression était associée significativement avec une QDV liée à la santé réduite sur les quatre mesures. -Le fardeau lié à la maladie était associé significativement avec la QDV liée à la santé (sur le PCS, MCS et l'EQ-5D, mais pas sur l'Impact of Weight on Quality of Life-Lite Version) et l'IMC sur le PCS et l'IWQoL-Lite. -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. -Le nombre de critères pour le syndrome métabolique n'influence pas la relation entre le syndrome métabolique et la QDV liée à la santé.</p>	SF-12, EQ-5D, IWQoL-Lite.	G et S	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 4,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Relative impact of multimorbid chronic conditions on health-related quality of life-results from the MultiCare Cohort Study (120).</p> <p>Brettschneider et al, PloS one, 2013.</p>	<p>Etude de cohorte prospective observationnelle.</p> <p>Objectifs : -Analyse de l'impact d'un large nombre de maladies sur la QDV liée à la santé chez des patients multimorbides. -Exploration des effets de ces maladies sur les différentes dimensions de la QDV liée à la santé.</p> <p>Méthode : données collectées de l'étude « MultiCare Cohort Study ».</p>	<p>Lieux de recrutement : -Inclusion de patients au hasard dans les données de 158 cabinets de médecine générale dans 8 villes, -Allemagne.</p> <p>Dates d'inclusion : juillet 2008 à octobre 2009.</p> <p>Critères d'inclusion : -Patients âgés de 65 à 85 ans, -multimorbidité (≥ 3 maladies chroniques d'une liste de 42), ≥ 1 visite chez leur médecin généraliste dans les 3 derniers mois, -espérance de vie > 3 mois.</p> <p>3,189 patients inclus.</p>	<p>Mesure de la QDV liée à la santé chez des patients multimorbides.</p>	<p>-La multimorbidité était significativement associée avec une QDV liée à la santé globale plus basse et d'autant plus si le nombre et la gravité des comorbidités augmentait. -La maladie de Parkinson avait l'effet négatif le plus important sur la QDV liée à la santé globale, suivi par la dépression, le rhumatisme et l'obésité. -Un âge élevé était associé à un score de QDV liée à la santé plus bas, tandis qu'être célibataire, avoir un bon niveau d'éducation, de revenus, et de soutien social étaient associés positivement à la QDV liée à la santé.</p>	EQ-5D-3L	G	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 2,9</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B.</p>
<p>Resilience and health-related quality of life in patients with pulmonary diseases</p>	<p>Etude de cohorte prospective observationnelle.</p> <p>Objectif : évaluation de la</p>	<p>Lieu de recrutement : -Invitation à participer à l'étude envoyée par les prestataires du matériel pour l'oxygénothérapie à domicile,</p>	<p>Critère de jugement principal : évaluation de la proportion de patients ayant une résilience basse.</p>	<p>-La moitié des patients avait une résilience basse, qui était significativement associée à une QDV liée à la santé basse. -Les patients inclus avaient une QDV liée à la</p>	15-D	G	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p>

<p>receiving ambulatory oxygen therapy (121).</p> <p>Isokääntä et al.</p> <p>BMC pulmonary medicine, 2021.</p>	<p>résilience et de son association avec la QDV liée à la santé, la satisfaction de vivre, l'anxiété et la dépression chez les patients ayant une maladie respiratoire et recevant une oxygénothérapie à domicile.</p> <p>Méthode : recrutement d'un groupe contrôle dans la population générale correspondant pour l'âge et le genre.</p>	<p>-Finlande.</p> <p>Dates d'inclusion : avril 2018 à février 2020</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés ≥ 18 ans, -prescription d'une oxygénothérapie à domicile dans le cadre d'une maladie pulmonaire. <p>42 patients inclus.</p>	<p>Critères de jugement secondaires : association entre la résilience et la QDV liée à la santé, la satisfaction de vivre, l'anxiété et la dépression.</p>	<p>santé significativement plus basse que le groupe contrôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> -La QDV liée à la santé diminuait au suivi des 3 mois par rapport à l'inclusion. -L'anxiété et la dépression étaient négativement corrélées avec la QDV liée à la santé. 			<p>Impact Factor: 2,6</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>
<p>Self-efficacy and health-related quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity (122).</p> <p>Peters et al.</p> <p>Health and quality of life outcomes, 2019.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : examiner la relation entre la QDV liée à la santé, l'auto-efficacité, les variables démographiques et liées aux maladies chez les patients multimorbides en soins primaires.</p> <p>Méthode : les patients inclus ont reçu par mail les questionnaires : l'EQ-5D-5L, le Long-Term Conditions Questionnaire (LTCQ), le Disease Burden Impact Scale (DBIS) et le Self-efficacy for Managing Chronic Disease Scale.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -15 cabinets de soins primaires, -Oxfordshire, Northwest Coast, Yorkshire & Humber, Angleterre. <p>Date d'inclusion : 2018</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés ≥ 18 ans, -ayant reçu depuis ≥ 12 mois, le diagnostic d'une des maladies retenues pour cette étude. <p>848 patients inclus.</p>	<p>Evaluer la relation entre la QDV liée à la santé et d'autres facteurs chez des patients multimorbides.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Les patients multimorbides suivis en soins primaires avec une auto-efficacité basse et un fardeau lié à la maladie élevé avaient une QDV liée à la santé plus basse. -Pour le score EQ-5D-5L, il y avait une différence significative entre les genres, l'emploi, le statut matrimonial, le score DBIS, et le score de privation du cabinet de soins primaires. -Pour le score EQ-VAS, il existait une différence significative entre les genres, l'emploi, le statut matrimonial, la présence d'une maladie mentale et le score DBIS et le score de privation. -Utilisation d'une analyse en régression linéaire pour évaluer l'impact de l'auto-efficacité (contrôlée par le fardeau lié à la maladie, les facteurs liés à la maladie et les facteurs démographiques) sur la QDV liée à la santé. 	EQ-5D-5L	G	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Social inequalities in patient-reported outcomes among older multimorbid patients--results of the MultiCare cohort study (123).</p> <p>Knesebeck et al.</p> <p>International journal for equity in health, 2015.</p>	<p>Etude de cohorte prospective observationnelle.</p> <p>Objectif : évaluation de l'association entre le statut socio-économique et les PROMs (santé perçue, QDV liée à la santé, statut fonctionnel) dans une cohorte de patients multimorbides.</p> <p>Méthode : données recueillies à l'inclusion et lors d'un suivi à 15 mois.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -158 cabinets de médecine générale, -8 villes d'Allemagne (Bonn, Düsseldorf, Frankfurt/Main, Hambourg, Jena, Leipzig, Mannheim et Munich). <p>Dates d'inclusion : juillet 2008 à octobre 2009.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés entre 65 et 85 ans, -ayant consulté leur médecin généraliste au moins 1 fois sur les 3 derniers mois, -avoir ≥ 3 maladies (sur une liste définie de 	<p>Etude de l'association entre le statut socio-économiques et les PROMs (dont la QDV liée à la santé).</p>	<ul style="list-style-type: none"> -A l'inclusion, en analyse transversale, les indicateurs socio-économiques étaient significativement associés avec les PROMs. -Dans l'analyse longitudinale, seuls les revenus étaient significativement associés aux PROMs à l'inclusion pour les 3 modèles testés. -Les revenus et l'éducation étaient significativement associés à la QDV liée à la santé (sur le modèle 1 : contrôlé sur l'âge, le genre et tous les autres indicateurs socio-économiques). Cette association n'était plus significative quand elle a été contrôlée par le fardeau liée à la maladie. 	Index EQ-5D	G	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 4,5</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>

		29 maladies). 3,189 patients inclus.					
<p>Socioeconomic status and health-related quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease (124).</p> <p>Miravittles et al. Respiration, 2011.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : évaluer l'impact du statut socio-économique sur la QDV liée à la santé des patients ayant une BPCO.</p>	<p>Lieux de recrutement : -Cabinets de médecine générale et de pneumologie, -Espagne.</p> <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion : -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>Evaluation de la relation entre le statut socio-économique et la QDV liée à la santé.</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. -Les scores EQ-5D et AQ20, étaient significativement plus bas chez les professionnels non qualifiés. -Ces associations étaient restées significatives après contrôle sur des covariables.</p>	EQ-5D-3L, AQ20	G et S	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,5</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p>
<p>Subsyndromal depression and anxiety in older adults: health related, functional, cognitive and diagnostic implications (125).</p> <p>Kasckow et al. Journal of psychiatric research, 2013.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectifs : -Etudier la relation entre les symptômes dépressifs sub-syndromiques, un trouble anxieux comorbide et la QDV liée à la santé. -Déterminer quelles caractéristiques démographiques et cliniques sont associées avec la sévérité de la dépression.</p> <p>Méthode : données tirées d'une étude randomisée contrôlée, simple aveugle (IMPACT study). Dans cette étude, comparaison de deux groupes : -Dépression sub-syndromique -Dépression sub-syndromique et un trouble anxieux (défini par le DSM-V).</p>	<p>Lieux de recrutement : -18 cliniques de soins primaires. -5 états, États Unis</p> <p>Dates d'inclusion : août 2006 à octobre 2010.</p> <p>Critères d'inclusion : -Patients âgés ≥ 50 ans, -score CES-D ≥ 11, -absence d'épisode dépressif caractérisé sur les 12 derniers mois ou patients prenant des antidépresseurs, ou engagés dans un autre traitement psychiatrique, -absence de troubles neurocognitifs (MMS ≥ 24).</p> <p>247 patients inclus.</p>	<p>Etude de l'association entre des symptômes dépressifs sub-syndromiques, avec un trouble anxieux comorbide et la QDV liée à la santé.</p>	<p>-Absence de différence significative entre les groupes concernant les scores du SF-12. -Un score bas de la composante mentale du SF-12 était significativement prédictif d'une sévérité plus élevée de la dépression.</p>	SF-12	G	<p>Echelle Downs and Black: 7/10</p> <p>Impact Factor: 3,7</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>The Burden of Gastroesophageal Reflux Disease on Patients' Daily Lives: A Cross-Sectional</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : évaluer l'impact des symptômes liés au reflux gastro-œsophagien (RGO) sur la QDV</p>	<p>Lieux de recrutement : -Soins primaires (sans précision), -Serbie.</p> <p>Dates d'inclusion : janvier à décembre</p>	<p>Impact des symptômes du RGO sur la QDV liée à la santé.</p>	<p>-Les patients rapportaient une augmentation significative des jours avec une mauvaise santé physique et mentale, et avec une limitation de leur activité, comparé à la population générale. -Après ajustement sur l'âge, le sexe et le niveau</p>	CDC-HRQL-4	G	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact</p>

<p>Study Conducted in a Primary Care Setting in Serbia (126).</p> <p>Bjelović et al.</p> <p>Serbian Archives of Medecine, 2015.</p>	<p>liée à la santé, traités en soins primaires en Serbie.</p> <p>Méthode : évaluation du nombre de jours avec une mauvaise santé perçue sur les 30 derniers jours (définie par ≥ 14 jours).</p>	<p>2011.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients diagnostiqués d'un RGO selon les critères de Montréal par un médecin généraliste ou médecin interniste. <p>1,593 patients inclus.</p>		<p>d'éducation, la prévalence d'une mauvaise santé était significativement plus élevée chez les patients de plus de 50 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les patients âgés de plus de 50 ans, avec un niveau d'éducation faible avaient une prévalence plus élevée de jours avec une mauvaise santé physique. -Les femmes âgées de plus de 50 ans avec un niveau d'éducation faible avaient une prévalence significativement plus élevée de jours avec une mauvaise santé mentale et avec une limitation des activités liée à la douleur. 			<p>Factor: 0,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>The burden of late-life generalized anxiety disorder: effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization (127).</p> <p>Porensky et al.</p> <p>The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 2009.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : décrire le fardeau lié au trouble d'anxiété généralisé.</p> <p>Méthode : utilisation de données à l'inclusion d'une étude randomisée contrôlée par placebo. Comparaison avec des patients n'ayant pas d'antécédents de maladie psychiatrique.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Soins primaires (50%), secondaires (8%) et par pub ou bouche à oreille (42%). -Pittsburgh, Etats-Unis. <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients de 60 ans ou plus, -diagnostiqués d'un TAG (selon le DSM-V) avec un score HSRA ≥ 17, -ne prenant pas de traitement anti-dépresseur ou anxiolytique sur les 2 semaines précédant l'inclusion. <p>164 patients inclus et 42 volontaires (groupe de comparaison).</p>	<p>Evaluation de la QDV liée à la santé par une échelle générique et de l'invalidité par l'échelle LLFDI.</p>	<p>-Les adultes avec un TAG avaient une QDV liée à la santé significativement plus mauvaise comparée aux patients non anxieux, même en l'absence de comorbidités psychiatriques.</p> <p>-Après contrôle sur les symptômes dépressifs et le fardeau médical, les symptômes anxieux sévères étaient significativement associés à une plus mauvaise QDV liée à la santé dans plusieurs domaines (les plus grandes diminutions étaient sur les domaines du <i>role functioning</i> et de la fonction sociale).</p>	SF-36	G	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 4,4</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p>
<p>The clinical, economic, and patient-centric burden of insomnia symptom severity in adults with major depressive disorder in the United States (128).</p> <p>Joshi et al.</p> <p>Brain and behavior, 2023.</p>	<p>Etude rétrospective.</p> <p>Objectif : évaluer la relation entre la sévérité de l'insomnie et le fardeau clinique, économique ainsi que la QDV liée à la santé chez des patients ayant une dépression.</p> <p>Méthode: données tirées du "2019 United States National Health and Wellness Survey".</p>	<p>Lieu de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Via internet, -Etats-Unis. <p>Date d'inclusion : 2019.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients attestant avoir eu un diagnostic médical de dépression, -expérimenter une dépression et une insomnie sur les 12 derniers mois. <p>4,402 patients inclus.</p>	<p>Evaluation de la relation entre la QDV liée à la santé et la sévérité d'une insomnie chez des patients ayant une dépression.</p>	<p>-L'augmentation de l'Insomnia Severity Index (ISI) chez le patient ayant une dépression était significativement associée à une QDV liée à la santé physique et mentale plus basse (sur les 2 scores).</p> <p>-Association restant significative après un contrôle par la sévérité de la dépression.</p>	SF-36, l'EQ-5D-5L.	G	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 4,7</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>The Effect of Telehealth on Quality</p>	<p>Essai randomisé contrôlé</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -204 cabinets de médecine générale, 	<p>Etude de l'impact d'un outil de télé-médecine sur la QDV liée</p>	<p>-La télé-médecine chez le patient diabétique n'avait pas d'impact négatif ou positif significatif</p>	SF-12, EQ-5D,	G et S	<p>Echelle Downs and</p>

<p>of Life and Psychological Outcomes Over a 12-Month Period in a Diabetes Cohort Within the Whole Systems Demonstrator Cluster Randomized Trial (129).</p> <p>Hirani et al. JMIR diabetes, 2017.</p>	<p>Objectif : évaluer l'impact d'un outil de télémédecine au domicile sur la QDV liée à la santé, les symptômes d'anxiété et de dépression sur 12 mois chez des patients diabétiques.</p> <p>Méthode : -Groupe interventionnel : télémédecine au domicile en complément des soins usuels. -Groupe contrôle : soins usuels. Evaluation de la QDV liée à la santé à l'inclusion, 4 et 12 mois.</p>	<p>-3 régions en Angleterre.</p> <p>Dates d'inclusion : mai 2008 à décembre 2009.</p> <p>Critères d'inclusion : -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>à la santé chez des patients diabétiques.</p>	<p>sur la QDV liée à la santé (échelles génériques et spécifiques) sur une période de 12 mois.</p>	<p>DHP.</p>		<p>Black: 17/27.</p> <p>Impact Factor: 5,8</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B.</p>
<p>The effects and costs of home-based rehabilitation for heart failure with reduced ejection fraction: The REACH-HF multicentre randomized controlled trial (130).</p> <p>Dalal et al. European journal of preventive cardiology, 2019.</p>	<p>Essai randomisé contrôlé.</p> <p>Objectif : comparer le programme de réhabilitation REACH-HF avec les soins usuels chez les patients adultes avec une insuffisance cardiaque à FEVG altérée.</p> <p>Méthode : -Groupe interventionnel : participation au programme de réhabilitation REACH-HF et soins usuels. -Groupe contrôle : soins usuels (sans réhabilitation).</p>	<p>Lieux de recrutement : -Centres de soins primaires et secondaires (4 centres), Angleterre.</p> <p>Dates d'inclusion : janvier 2015 à février 2016.</p> <p>Critères d'inclusion : -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, 109 dans le groupe contrôle).</p>	<p>Critère de jugement principal : évaluation de la QDV liée à la santé par l'échelle spécifique MLHFQ à 12 mois.</p> <p>Critères de jugement secondaires : 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>-A 12 mois, le score total MLHFQ était significativement plus élevé dans le groupe interventionnel, par rapport au groupe contrôle. -Le score physique du MLHFQ s'était significativement amélioré à 12 mois dans le groupe interventionnel contrairement au groupe contrôle. -Absence d'amélioration significative du score mental du MLHFQ à 12 mois dans le groupe interventionnel par rapport au groupe contrôle. -A l'exception du domaine de l'auto-soin (Self-care of Heart Index amélioré significativement dans le groupe interventionnel à 12 mois), il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes pour les critères de jugement secondaires (EQ-5D, HeartQoL).</p>	<p>EQ-5D-5L, MLHFQ, HeartQoL questionnaire.</p>	<p>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 22/27</p> <p>Impact Factor: 8,4</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>
<p>The impact of a disease management programme for type 2 diabetes on health-related quality of life: multilevel analysis of a cluster-randomised controlled trial (131).</p> <p>Panisch et al. Diabetology & metabolic syndrome,</p>	<p>Essai randomisé contrôlé.</p> <p>Objectif : explorer l'impact d'un programme de gestion de maladie pour le diabète de type 2 sur la QDV liée à la santé.</p> <p>Méthode : -Groupe interventionnel : participation au programme "Therapie-Aktiv" -Groupe contrôle : soins usuels.</p>	<p>Lieux de recrutement : -275 médecins généralistes ou médecins internistes, -Salzburg, Autriche.</p> <p>Dates d'inclusion : 1er juillet au 31 octobre 2007.</p> <p>Critères d'inclusion : -patients de plus de 18 ans, ayant un diabète de type 2.</p> <p>92 médecins ont recruté 1489 patients (649</p>	<p>Critère de jugement principal : mesure de l'EQ-5D-3L à 12 mois.</p> <p>Critère de jugement secondaire : analyse multivariée (sur les paramètres liés au patient, au médecin généraliste et au quartier).</p>	<p>-En analyse univariée, le score EQ-VAS s'améliorait significativement dans les deux groupes (sans différence significative entre les deux groupes). Dans le groupe interventionnel, l'amélioration était plus marquée chez la femme. -En analyse multivariée, il a été démontré que le sexe, l'âge, les circonstances familiales et de travail, les complications macro vasculaires, la durée du diabète, l'IMC, l'EQ-VAS à l'inclusion influençaient significativement le score EQ-VAS à 12 mois. Presque toutes les variations des scores de QDV liée à la santé étaient imputables aux facteurs liés au patient.</p>	<p>EQ-5D-3L</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 19/27</p> <p>Impact Factor: 3,4</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>

2018.		dans le groupe interventionnel et 840 dans le groupe contrôle).		-Conclusion : le DMP "Thérapie-Aktiv n'avait pas d'impact significatif sur l'EQ-VAS et l'EQ-5D en comparaison du groupe contrôle.			
<p>The impact of antihypertensive treatment initiation on health-related quality of life and cardiovascular risk factor levels: a prospective, interventional study (132).</p> <p>Tahkola et al.</p> <p>BMC cardiovascular disorders, 2021.</p>	<p>Etude interventionnelle prospective longitudinale.</p> <p>Objectif :</p> <p>-Primaire : analyser les changements de la QDV liée à la santé, des facteurs de risque cardio-vasculaires chez le patient nouvellement diagnostiqué d'une hypertension artérielle dans sa première année de traitement.</p> <p>-Secondaire : examiner les facteurs associés aux changements de la QDV liée à la santé.</p> <p>Méthode :</p> <p>Groupe interventionnel : utilisation d'une "check-list" par le médecin à l'introduction du traitement antihypertenseur et suivi personnalisé par SMS pendant 12 mois.</p> <p>Groupe contrôle : traitement standard de l'hypertension artérielle.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <p>-8 centres de soins primaires</p> <p>-Finlande</p> <p>Dates d'inclusion : janvier 2015 à mars 2018.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>-Patients âgés entre 30 et 75 ans, diagnostiqués d'une hypertension artérielle et qui vont débiter un traitement antihypertenseur.</p> <p>111 patients inclus.</p>	<p>Critère de jugement principal : mesure de la QDV liée à la santé par l'EQ-5D-3L.</p>	<p>-La QDV liée à la santé avait légèrement diminué sur la première année d'introduction d'un traitement antihypertenseur.</p> <p>-Absence de corrélation retrouvée entre le degré de modification de la tension artérielle et l'index EQ-5D.</p> <p>-Conclusion : le traitement antihypertenseur chez le patient nouvellement diagnostiqué permettait une diminution significative de la tension artérielle, une diminution modeste du LDL-c et de la consommation d'alcool.</p> <p>Cependant la QDV liée à la santé a légèrement diminué sur la première année d'introduction d'un traitement antihypertenseur.</p>	EQ-5D-3L	G	<p>Echelle Downs and Black:16/27</p> <p>Impact Factor: 2,0</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>
<p>The impact of peripheral arterial disease on health-related quality of life in the Peripheral Arterial Disease Awareness, Risk, and Treatment: New Resources for Survival (PARTNERS) Program (133).</p> <p>Regensteiner et al.</p> <p>Vascular medicine,</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectifs :</p> <p>-Tester l'hypothèse que les patients avec une maladie artérielle périphérique (PAD) ont une QDV liée à la santé altérée au même degré que les patients ayant un autre type de maladie cardiovasculaire (CV).</p> <p>-Etudier les caractéristiques de de la PAD associée à une QDV liée à la santé altérée.</p> <p>Méthode : utilisation de la base</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <p>-350 cabinets de soins primaires, -à l'international.</p> <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>-Patients âgés entre 50 et 69 ans, -antécédent de diabète ou de tabagisme.</p> <p>6,499 patients inclus, données suffisantes sur la QDV liée à la santé pour 5,313 patients.</p>	<p>Évaluation de la QDV liée à la santé chez le patient ayant une maladie artérielle périphérique par rapport aux autres maladies cardiovasculaires.</p>	<p>-Les patients avec une PAD ou une autre maladie CV avaient un score de la fonction physique du SF-36 significativement plus bas que le groupe référence.</p> <p>-Le groupe PAD + maladie CV avait un score de la fonction physique significativement plus bas que le groupe PAD ou maladie CV.</p> <p>-La fonction physique globale était comparablement faible dans le groupe PAD et autre maladie CV, comparé au groupe référence.</p>	SF-36	G	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 3,0</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C.</p>

2008.	de données PARTNERS. 4 sous-groupes établis : -Référence (absence de PAD ou maladie CV) -PAD -Autre maladie CV -PAD et autre maladie CV.						
The routine collection of patient-reported outcome measures (PROMs) for long-term conditions in primary care: a cohort survey (134). Peters et al. BMJ open, 2014.	Etude de cohorte prospective observationnelle. Objectif : évaluer la faisabilité d'utiliser les PROMs pour surveiller la QDV liée à la santé chez des patients ayant des maladies chroniques. Méthode : les maladies chroniques incluses sont : l'asthme, la BPCO, le diabète, l'épilepsie, l'insuffisance cardiaque et l'AVC.	Lieux de recrutement : -33 cabinets de soins primaires, -Londres et nord-ouest de l'Angleterre. Dates d'inclusion : septembre 2010 à avril 2012. Critères d'inclusion : -Pour les diabétiques : âge ≥ 18 ans. -Pour les patients avec un antécédent d'AVC : exclusion de l'accident ischémique transitoire. -Pour toutes les autres maladies chroniques : selon the Quality and Outcomes Framework (QOF). 4,484 patients inclus.	-Critère de jugement principal : évaluer la faisabilité et les stratégies de recrutement pour collecter les PROMs dans les maladies chroniques en mesurant les taux de réponses à l'inclusion et aux suivis. -Critères de jugement secondaires : évaluer les changements des scores EQ-5D index et EQ-VAS entre l'inclusion et les différents suivis.	-Le score EQ-5D n'était pas significativement différent entre l'inclusion et le suivi pour toutes les maladies chroniques. -Pour le score EQ-VAS, il y avait une diminution significative entre l'inclusion et le suivi uniquement pour les patients insuffisants cardiaques.	EQ-5D-5L	G	Echelle Downs and Black: 10/10 Impact Factor: 2,4 Niveau de preuve HAS 2, grade B
Understanding the socioeconomic costs of dystrophic epidermolysis bullosa in Europe: a costing and health-related quality of life study (135). Angelis et al. Orphanet journal of rare diseases, 2022.	Etude transversale. Objectif : comprendre le fardeau lié à l'épidermolyse bulleuse dystrophique (DEB) chez les patients non institutionnalisés en soins primaires. Méthode : utilisation de données d'un projet européen (BURQOL-RD).	Lieux de recrutement : -Via des associations nationales de patients, -France, Allemagne, Italie, Espagne, Grande-Bretagne. Dates d'inclusion : septembre 2011 à avril 2013. Critères d'inclusion : -Diagnostic d'épidermolyse bulleuse dystrophique, -patients non institutionnalisés, -membres d'une association nationale de patients. 91 patients inclus.	Critère de jugement principal : évaluation du fardeau socio-économique (coûts engendrés médicaux et non médicaux et baisse de productivité), Critère de jugement secondaire : évaluation de la QDV liée à la santé par l'EQ-5D, par les patients et leurs aidants.	-Le score EQ-5D-3L des patients était significativement plus bas que les scores rapportés par la population générale à travers les pays étudiés. -Les scores moyens d'EQ-5D-3L variaient selon les pays.	EQ-5D-3L	G	Echelle Downs and Black: 9/10 Impact Factor: 3,4 Niveau de preuve HAS 4, grade C
Usefulness of EQ-5D in assessing health status in primary care patients with major	Etude de cohorte prospective observationnelle Objectif : décrire l'impact d'un	Lieux de recrutement : -95 centres de soins primaires, -France.	Etude de l'impact d'un épisode dépressif caractérisé sur la QDV liée à la santé.	-Durant le suivi, toutes les dimensions mesurées s'étaient significativement améliorées. -Absence de différence significative de l'EQ-5D en comparant les différentes caractéristiques	Index EQ-5D, SF-36, QLDS	G et S	Echelle Downs and Black: 10/10.

<p>depressive disorder (136).</p> <p>Sapin et al.,</p> <p>Health and quality of life outcomes, 2004.</p>	<p>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>Méthode : évaluation de la QDV liée à la santé à l'inclusion, 4 semaines et 8 semaines.</p>	<p>Dates d'inclusion : mai à novembre 2002.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés ≥ 18 ans, -consultant leur médecin généraliste pour un nouvel épisode dépressif caractérisé, -non traités par antidépresseurs avant l'inclusion. <p>250 patients inclus.</p>		<p>démographiques (genre, âge).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Différence significative de l'EQ-5D selon le niveau de sévérité de la maladie. -La corrélation entre l'EQ-5D et le score mental du SF-36 était la plus élevée. -Le QLDS était significativement corrélé avec le score EQ-5D à l'inclusion et lors des suivis. 			<p>Impact Factor: 3,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B.</p>
<p>Validation of a modified version of the Brief Pain Inventory for painful diabetic peripheral neuropathy (137).</p> <p>Zelman et al.</p> <p>Journal of vascular nursing: official publication of the Society for Peripheral Vascular Nursing, 2005.</p>	<p>Etude transversale pour la validation d'une échelle.</p> <p>Objectif : évaluation des propriétés psychométriques du Brief Pain Inventory (BPI) pour les patients ayant des douleurs dans le cadre d'une neuropathie périphérique diabétique.</p> <p>Méthode : utilisation des données du "DPN Burden of Illness survey".</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -17 centres de soins ambulatoires (194 médecins de soins primaires, 43 endocrinologues, 11 neurologues et 7 anesthésistes), -Etats-Unis. <p>Dates d'inclusion : avril à octobre 2003.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients de > 18 ans, diagnostiqués d'une neuropathie périphérique diabétique par un médecin, -ayant des douleurs sur ≥3 mois, -suivis dans le cabinet du médecin référent depuis ≥3 mois. <p>255 patients inclus.</p>	<p>Critère de jugement principal : étude des propriétés psychométriques du BPI.</p> <p>Critère de jugement secondaire : mesure de la QDV liée à la santé avec l'EQ-5D et le SF-12, l'anxiété/dépression par le score HAD, le sommeil par le "Medical Outcomes Survey-Sleep Scale (MOS-Sleep Scale)".</p>	<p>-Association entre certaines mesures du BPI-DPN (pire douleur, douleur moyenne, interference Index) et le score EQ-5D.</p> <p>-Association significative entre certaines mesures du BPI-DPN (pire douleur, douleur moyenne) et le domaine de la douleur corporelle du SF-12v2, et le domaine douleur/inconfort de l'EQ-5D.</p> <p>-Toutes les mesures de la douleur étaient fortement associées avec l'EQ-5D (plus forte association entre l'EQ-5D et l'Interference scale).</p> <p>-Le BPI-DPN était une mesure valide et fiable pour l'évaluation de la douleur neuropathique diabétique.</p>	<p>Index EQ-5D, SF-12</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Downs and Black: 8/10</p> <p>Impact Factor: 1,1</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Validation of patient- and GP-reported core sets of quality indicators for older adults with multimorbidity in primary care: results of the cross-sectional observational MULTIqual validation study (138).</p> <p>Schäfer et al.</p> <p>BMC medicine, 2023.</p>	<p>Etude transversale. Validation d'une échelle.</p> <p>Objectif : sélectionner et valider les indicateurs du projet MULTIqual.</p>	<p>Lieux de recrutement :</p> <ul style="list-style-type: none"> -35 cabinets de médecine générale, -Hambourg, Heidelberg Allemagne. <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Patients âgés ≥ 65 ans, -avec ≥ 3 maladies chroniques. <p>346 patients inclus.</p>	<p>Mesure de la QDV liée à la santé des patients par l'EQ-5D-5L.</p>	<p>-Sélection de 12 indicateurs rapportés par le médecin généraliste et 7 rapportés par le patient.</p> <p>-Le score de qualité rapporté par le médecin généraliste était significativement plus élevé quand les patients avaient un score EQ-5D-5L plus élevé.</p>	<p>EQ-5D-5L</p>	<p>G</p>	<p>Echelle Down and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 7,0</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>

<p>Validation of the Minnesota living with heart failure questionnaire in primary care (139).</p> <p>Naveiro-Rilo et al.</p> <p>Revista espanola de cardiologia, 2010.</p>	<p>Etude transversale.</p> <p>Objectif : -Évaluer l'applicabilité, la cohérence interne et la validité du MLHFQ. -Comparer le MLHFQ avec le SF-36.</p> <p>Méthode : Constitution de sous-groupes : -Diagnostic hospitalier ou par un spécialiste. -Diagnostic par un médecin de soins primaires.</p>	<p>Lieux de recrutement : -97 médecins généralistes, -León, Espagne.</p> <p>Dates d'inclusion : janvier à avril 2009</p> <p>Critères d'inclusion : -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>Évaluation de la QDV liée à la santé par le MLHFQ et le SF-36 et comparaison des deux échelles chez le patient insuffisant cardiaque.</p>	<p>-Absence de différence significative entre les sous-groupes sur les composantes du SF-36 ou les dimensions du MLHFQ. -Le score MLHFQ avait 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). -Il a été montré une bonne sensibilité au changement, une bonne fiabilité et validité mais il ne peut pas être généralisé chez les patients qui sont suivis par un médecin de soins primaires.</p>	<p>SF-36, MLHFQ.</p>	<p>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 9/10</p> <p>Impact Factor: 7,2</p> <p>Niveau de preuve HAS 4, grade C</p>
<p>Variables associated with communicative participation in Parkinson's disease and its relationship to measures of health-related quality-of-life (140).</p> <p>McAuliffe et al.</p> <p>International Journal of Speech-Language Pathology, 2017.</p>	<p>Etude de cohorte prospective observationnelle.</p> <p>Objectif : 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>Méthode : patients sélectionnés via une cohorte plus large.</p>	<p>Lieux de recrutement : -Etats-Unis et Nouvelle-Zélande.</p> <p>Dates d'inclusion non précisées.</p> <p>Critères d'inclusion : -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 (200 participants des Etats-Unis et 178 de la Nouvelle-Zélande).</p>	<p>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-GH) pour la comparaison.</p>	<p>-Relation modérément significative entre le CPIB et les sous-échelles du PROMIS-GH (mentale et physique), et entre le CPIB et la question sur le rôle social du PROMIS-GH. -Relation fortement significative entre le CPIB et le PDQ-8 (qui contient 2 items spécifiques sur la communication et la cognition). -Le CPIB offre une perspective différente des autres mesures de la QDV liée à la santé.</p>	<p>PROMIS-GH, PDQ-8</p>	<p>G et S</p>	<p>Echelle Downs and Black: 10/10</p> <p>Impact Factor: 1,4</p> <p>Niveau de preuve HAS 2, grade B</p>

Table 1 : Description des études incluses

III. Caractéristiques des études

A. Types d'étude

La majorité des études étaient observationnelles (83,9 %), tandis que 16,1 % des études étaient interventionnelles.

Types d'étude	Nombre d'articles	Pourcentage
Etudes observationnelles	94 articles	83,9 %
Etudes transversales	70 articles (29, 30, 32, 35, 36, 38, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 55, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 92, 93, 95, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 112, 115, 118, 119, 122, 124, 125, 126, 127, 133, 135, 137, 138, 139)	62,5 %
Etudes de cohorte prospective	22 articles (31, 37, 42, 52, 54, 55, 64, 71, 78, 91, 96, 110, 111, 114, 116, 117, 120, 121, 123, 134, 136, 140)	19,6 %
Etudes de cohorte rétrospective	2 articles (33, 128)	1,8 %
Etudes interventionnelles	18 articles	16,1 %
Essais randomisés contrôlés	12 articles (39, 40, 41, 43, 56, 89, 90, 101, 106, 129, 130, 131)	10,7 %
Etudes de cohorte prospective	4 articles (57, 62, 113, 132)	3,6 %
Essai expérimental	1 article (34)	0,9 %
Etude clinique de faisabilité	1 article (77)	0,9 %

Table 2 : Description des types d'études

B. Lieux de recrutement

Les études étaient principalement menées en Europe (n = 65 soit 58,1 %), puis en Amérique (n = 21 soit 18,75 %), en Asie (n = 20 soit 17,85 %), et enfin en Océanie, à l'international et en Afrique (n = 6 soit 5,3 %).

Les recrutements s'effectuaient principalement en soins primaires exclusivement, puis en soins primaires et secondaires.

Lieux de recrutement	Nombre d'articles	Pourcentage
Soins primaires exclusivement	73 articles (30, 31, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 52, 53, 55, 57, 59, 62, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 94, 95, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 106, 107, 109, 110, 111, 116, 118, 119, 120, 122, 123, 125, 126, 129, 132, 133, 134, 136, 138, 139)	65,2 %
Soins primaires et secondaires	21 articles (28, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 56, 61, 66, 74, 76, 78, 68, 96, 114, 115, 96, 124, 131)	18,75 %
Association de patient et sites internet	11 articles (29, 37, 58, 92, 93, 113, 117, 121, 128, 135, 137)	9,8 %
Base de données	3 articles (32, 63, 101)	2,7 %
Soins primaires et autre	2 articles (108, 127)	1,75 %
Association de patient, sites internet et base de données	1 article (56)	0,9 %
Non précisé	1 article (140)	0,9 %

Table 3 : Description des lieux de recrutement

C. Maladies chroniques étudiées

Les maladies chroniques les plus fréquemment étudiées comprenaient le diabète (n = 22), la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (n = 15), l'insuffisance cardiaque (n = 12), l'hypertension artérielle (n = 8), les maladies psychiatriques (n = 8) et l'arthrose (n = 8).

Domaine concerné (selon la CIM-10)	Maladies	Nombre d'articles
Maladies de l'appareil respiratoire	-BPCO -Asthme -Emphysème -Besoin d'oxygénothérapie -Rhinite allergique -Sinusite chronique	15 articles (29, 36, 49, 51, 66, 80, 83, 94, 97, 100, 103, 111, 115, 124, 134) 3 articles (67, 115, 134) 1 article (97) 1 article (121) 2 articles (54, 115) 2 articles (54, 115)
Maladies de l'appareil circulatoire	-Hypertension artérielle -Insuffisance cardiaque -Cardiopathie ischémique -Maladie cardio-métabolique -Maladie artérielle périphérique	8 articles (43, 45, 50, 52, 70, 85, 106, 132) 12 articles (44, 62, 68, 72, 102, 110, 101, 102, 116, 130, 134, 139) 3 articles (34, 52, 70) 2 articles (108, 133) 1 article (133)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	-Diabète de type 2 -Diabète de type 1 -Surpoids/obésité -Hypercholestérolémie -Syndrome métabolique	21 articles (35, 41, 43, 46, 47, 48, 52, 61, 70, 75, 76, 87, 89, 90, 91, 95, 99, 111, 129, 131, 134) 1 article (95) 2 articles (37, 119) 1 article (43) 1 article (119)

Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	-Ostéoarthrite -Arthrose -Goutte -Troubles musculosquelettiques	1 article ⁽¹¹⁴⁾ 8 articles ^(39, 55, 57, 81, 88, 96, 111, 113) 3 articles ^(65, 79, 105) 2 articles ^(77, 108)
Maladies de l'appareil digestif	-Maladie coéliquae -Syndrome du côlon irritable -MICI -RGO	1 article ⁽⁹²⁾ 1 article ⁽⁶⁹⁾ 1 article ⁽¹¹⁷⁾ 1 article ⁽¹²⁶⁾
Troubles mentaux et du comportement	-Dépression -Troubles anxieux -Maladie mentale sévère	4 articles ^(86, 125, 128, 136) 2 articles ^(74, 125) 2 articles ^(107, 108)
Maladies du système nerveux	-Maladie de Parkinson -AVC -Troubles neurocognitifs -Epilepsie -Névràlgie post-herpétique -Neuropathie périphérique diabétique	1 article ⁽¹⁴⁰⁾ 2 articles ^(53, 134) 2 articles ^(59, 101) 1 article ⁽¹³⁴⁾ 1 article ⁽³⁸⁾ 1 article ⁽¹³⁷⁾
Tumeurs	-Cancer du sein ou de la prostate	1 article ⁽⁵⁶⁾
Maladies de l'appareil génito-urinaire	-Insuffisance rénale chronique -Endométriose ou adénomyose	2 articles ^(71, 78) 1 article ⁽⁵⁸⁾
Certaines maladies infectieuses ou parasitaires	-Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	1 article ⁽⁶⁴⁾
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	-Hémophilie	1 article ⁽⁹³⁾
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	-Epidermolyse bulleuse dystrophique	1 article ⁽¹³⁵⁾
Gériatrie (hors CIM-10)	-Personne âgée ayant une maladie chronique	2 articles ^(63, 82)
Multimorbidité (hors CIM-10)	-Définitions différentes selon les études	12 articles ^(30, 31, 32, 33, 40, 42, 60, 84, 104, 120, 123, 138)
Une maladie chronique (hors CIM-10)	-Sans précision dans les critères d'inclusion	5 articles ^(73, 98, 109, 118, 122)

Table 4 : Description des maladies étudiées

D. Critères de jugement principal

Le critère de jugement principal concernait :

- La mesure de la QDV liée à la santé chez des patients malades chroniques et l'impact de certaines variables liées au patient ou à la maladie (n = 81).
- La mesure de la QDV liée à la santé chez des patients ayant une maladie chronique et l'influence de certains paramètres liés aux soignants ou au système de santé (n = 10),
- L'impact d'une intervention sur la QDV liée à la santé d'un patient malade chronique, comme un programme d'optimisation des soins, d'éducation thérapeutique, d'activité physique ou de gestion de la maladie par le patient (n = 12),
- La validation d'une échelle générique de QDV liée à la santé (n = 6),
- La relation entre l'auto-évaluation de la QDV liée à la santé de patients ayant une maladie chronique et son hétéroévaluation par un médecin de soins primaires ou leurs aidants (n = 2),
- Une étude de la corrélation entre deux échelles génériques de QDV liée à la santé (n = 2).

IV. Principaux résultats concernant la QDV liée à la santé

De manière générale, toutes les études observationnelles incluses tendaient vers une diminution de la QDV liée à la santé, mesurée par des échelles génériques chez le patient ayant une maladie chronique. Les caractéristiques liées aux patients, comme le sexe, l'âge, le niveau socio-économique, l'ethnie ou le niveau d'éducation avaient parfois un impact significatif sur la QDV liée à la santé. Les mêmes conclusions étaient tirées pour les facteurs liés à la maladie tels que le stade/la sévérité, la durée ou les complications de la maladie. Les paramètres liés aux soignants ou au système de santé, comme l'accès aux soins primaires ou à des consultations spécialisées, pouvaient également influencer la QDV liée à la santé.

Concernant les études interventionnelles, celles-ci montraient principalement une amélioration de la QDV liée à la santé dans le groupe interventionnel.

V. Echelles génériques de qualité de vie

Un total de 13 échelles génériques de QDV liée à la santé a été identifié. À noter

que l'EQ-5D index et l'EQ-VAS sont les deux sous-parties des questionnaires EQ-5D-5L et EQ-5D-3L.

Echelles génériques	Nombre d'articles
EQ-5D-5L	32 articles (29, 30, 32, 35, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 50, 57, 62, 64, 71, 78, 83, 88, 90, 93, 96, 108, 112, 113, 116, 122, 128, 130, 134, 138)
SF-36	31 articles (35, 38, 41, 55, 58, 60, 62, 65, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 79, 81, 97, 98, 102, 105, 106, 109, 110, 111, 112, 117, 127, 128, 133, 136, 139)
SF-12	24 articles (33, 36, 39, 45, 51, 54, 66, 70, 76, 80, 86, 87, 89, 92, 93, 100, 103, 108, 115, 118, 119, 125, 129, 137)
EQ-5D-3L	12 articles (46, 47, 49, 67, 84, 104, 114, 120, 124, 131, 132, 135)
EQ-5D ou EQ-VAS seulement	11 articles (34, 39, 77, 82, 91, 94, 119, 123, 129, 136, 137)
WHOQoL-BREF	5 articles (53, 61, 63, 75, 99)
15-D	5 articles (52, 56, 59, 101, 121)
CDC-HRQOL-4	2 articles (85, 126)
RAND-36	3 articles (31, 38, 107)
HUIM-III	1 article (48)
PROMIS 29v2.0	1 article (60)
PROMIS-GH	1 article (140)
QWB-SA	1 article (86)
PedsQL 4.0	1 article (95)

Table 5 : Répartition des échelles génériques de la QDV liée à la santé

Les échelles les plus fréquemment utilisées étaient l'EQ-5D-5L, le SF-36, le SF-12, l'EQ-5D-3L, l'EQ-5D et l'EQ-VAS, le WHOQoL-BREF et le 15-D.

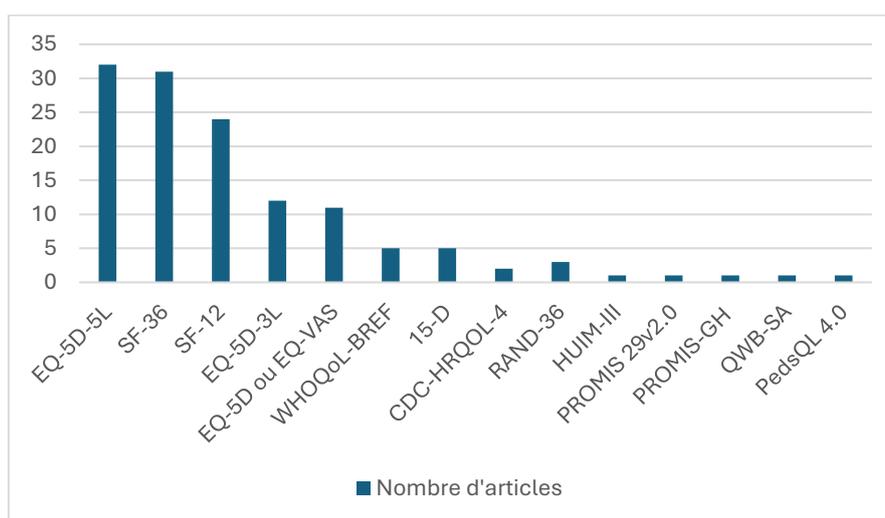


Figure 2 : Répartition de l'utilisation des échelles génériques de la QDV liée à la santé

Les échelles génériques pouvaient être utilisées seules, à plusieurs ou en association avec une échelle spécifique.

	Nombre d'articles	Pourcentage
Echelle générique seule	69 articles (30, 31, 32, 33, 34, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 63, 64, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 81, 82, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 95, 98, 99, 100, 101, 104, 105, 106, 107, 109, 112, 113, 116, 90, 118, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 138)	61,6 %
Plusieurs échelles génériques	8 articles (35, 38, 39, 47, 60, 71, 86, 128)	7,1 %
Echelle générique et spécifique	35 articles (29, 36, 37, 41, 50, 51, 54, 62, 65, 66, 69, 79, 80, 83, 85, 92, 93, 94, 96, 97, 102, 103, 110, 111, 114, 115, 117, 119, 124, 129, 130, 133, 136, 139, 140).	31,3 %

Table 6 : Description des types d'échelle utilisées

VI. Caractéristiques des échelles génériques de QDV liée à la santé

Nom de l'échelle (année de création)	Domaines	Types de domaines	Items	Temps d'exécution	Auto et/ou hétéroévaluation	Version validée en français	Comparaison avec une autre échelle ?	Supériorité par rapport à une autre échelle ?
EQ-5D-3L (1990)	5	La mobilité, l'auto-soin, les activités habituelles, la douleur/inconfort, l'anxiété/dépression (EQ-5D). Et échelle visuelle analogique (EQ-VAS)	5	5 min	Autoévaluation (possibilité d'hétéroévaluation)	Oui	Oui	NC
EQ-5D-5L (2009)	5	La mobilité, l'auto-soin, les activités habituelles, la douleur/inconfort, l'anxiété/dépression (EQ-5D). Et échelle visuelle analogique (EQ-VAS)	5	5 min	Autoévaluation (possibilité d'hétéroévaluation)	Oui	Oui	Oui
SF-36 (1992)	8	La capacité fonctionnelle physique, la douleur corporelle, la limitation du rôle due à des problèmes de santé physique, la limitation de rôle due à des problèmes de santé mentale, le bien-être émotionnel, le fonctionnement social, l'énergie/la fatigue, la perception générale de sa santé.	36	10 min	Autoévaluation (possibilité d'hétéroévaluation)	Oui	Oui	Oui
SF-12 (1996)	8	La capacité fonctionnelle physique, la douleur corporelle, la limitation du rôle due à des problèmes de santé physique, la limitation de rôle due à des problèmes de santé mentale, le bien-être émotionnel, le fonctionnement social, l'énergie/la fatigue, la perception générale de sa santé.	12	2-5 min	Autoévaluation (possibilité d'hétéroévaluation)	Oui	Oui	Oui
RAND-36 (1993)	8	La capacité fonctionnelle physique, la douleur corporelle, la limitation du rôle due à des problèmes de santé physique, la limitation de rôle due à des problèmes de santé mentale, le bien-être émotionnel, le fonctionnement social, l'énergie/la fatigue, la perception générale de sa santé.	36	7-10 min	Autoévaluation (possibilité d'hétéroévaluation)	Oui	Oui	Oui

WHOQoL-BREF (1995)	4	La santé physique, le bien-être psychique, les relations sociales et l'environnement.	26	5-7 min	Autoévaluation	Oui	Oui	Oui
15-D (1992)	15	La mobilité, la vision, l'audition, la respiration, le sommeil, l'alimentation, la parole, le transit, les activités habituelles, la fonction mentale, l'inconfort et les symptômes, la dépression, la détresse, la vitalité et l'activité sexuelle.	/	5-10 min	Autoévaluation	Non	Oui	Oui
CDC-HRQOL-4 (1993)	/	La santé générale, la santé physique, la santé mentale, la limitation dans les activités.	4	10 min	Hétéroévaluation	Oui	Oui	NC
PROMIS-29v2.0 (2008)	7	La fonction physique, la fatigue, l'impact de la douleur, les symptômes dépressifs, l'anxiété, la capacité à participer aux rôles et activités sociales et les troubles du sommeil. + Echelle numérique de douleur.	29	10 min	Autoévaluation (possibilité d'hétéroévaluation)	Oui	Oui	Oui
PROMIS Global Health (2009)	/	La santé générale, la santé physique, la santé mentale, les activités, les relations et le rôle social, les activités physiques quotidiennes, les problèmes émotionnels (symptômes dépressifs et anxieux), la fatigue et l'intensité de la douleur.	10	5 min	Autoévaluation (possibilité d'hétéroévaluation)	Oui	Oui	Oui
HUIM-III (1990)	8	La vision, l'audition, la parole, la marche, la dextérité, l'émotion, la cognition et la douleur.	15	8-10 min	Autoévaluation (possibilité d'hétéroévaluation)	Oui (Version payante)	Oui	NC
QWB-SA (1996)	5	Symptômes chroniques et aigus, soins médicaux et personnels, déplacements, activité physique, et activités habituelles.	82	10 - 15 min	Autoévaluation	Oui	Oui	Oui
PedsQL 4.0 (1999)	4	Fonctionnement physique, Fonctionnement émotionnel, Fonctionnement social, Fonctionnement scolaire.	23	10 min	Auto et hétéroévaluation	Oui	Oui	Oui

Table 7 : Caractéristiques des échelles génériques de la QDV liée à la santé

VII. Travail exploratoire complémentaire : avis d'un panel de médecins généralistes sur les résultats de cette revue de littérature

Quatre médecins généralistes volontaires, exerçant en libéral ont répondu de manière non dirigée à la question : « que pensez-vous des résultats de cette revue de la littérature et de l'utilisation de ces échelles dans votre pratique courante ? »

A. Caractéristiques des médecins généralistes interrogés

Deux femmes et deux hommes ont été interrogés. Deux d'entre eux avaient moins de 10 ans d'expérience dans l'exercice de la médecine générale. Les deux autres avaient plus de 20 ans d'expérience dans cette pratique.

B. Réponses des médecins généralistes

-Médecin généraliste 1 : « *Je n'utilise pas ce type de grilles ou d'échelles dans ma pratique quotidienne. Elles ne correspondent pas à l'idée que je me fais de la relation médecin traitant-patient pour le praticien formé à la médecine française que je suis. Elles sont pour moi un recueil de données sur la santé d'un patient, peut-être utiles pour des études sociologiques, de santé publique ou à visée commerciale pour des groupes industriels ou financiers, mais elles n'ont pas leur place dans le cadre du colloque singulier entre un malade et son médecin.*

Elles ne permettent aucune adaptation selon le patient (bagage social, culturel, intellectuel) et le risque de mauvaise interprétation est grand. Le patient peut se sentir « obligé » de répondre à toutes les questions, alors qu'il n'a pas forcément envie d'évoquer certaines problématiques.

Enfin, une médecine basée sur des grilles d'auto-évaluation, c'est probablement le meilleur moyen de remplacer les médecins mais ce n'est sûrement pas ce qu'attendent les malades ».

-Médecin généraliste 2 : « *Il est essentiel de s'intéresser à la QDV de nos patients. Les questions sur l'état de santé physique, le bien-être psychologique, l'autonomie, les activités quotidiennes et les relations avec les autres font déjà partie intégrante des consultations de patients porteurs de maladie chronique, car ce sont elles qui nous permettent d'ajuster les traitements, de proposer des aides au patient, d'ajuster le rythme du suivi, de coordonner les soins...*

Je ne sais pas si l'utilisation d'une échelle nous permettrait vraiment d'optimiser nos soins. Peut-être qu'elle permettrait plus d'objectivité, plus d'exhaustivité et d'harmoniser nos interrogatoires.

Mais il faudrait être orienté vers l'utilisation d'une échelle de référence, sûrement plus courte que le SF-36 pour pouvoir être intégrée à la pratique courante et à ses contraintes ».

-Médecin généraliste 3 : *« Il est nécessaire de dégager une grande plage horaire pour ce type de questionnaire et devant la pénurie de praticiens cela n'est pas toujours possible. Cela fait des données en plus à traiter, et ne facilite pas forcément la prise de décisions ».*

-Médecin généraliste 4 : *« Ces échelles me sont pour la plupart inconnues, j'utilise peu d'échelles en consultation. Je pense que ces échelles ont plusieurs intérêts : permettre une évaluation à distance de la première utilisation ("photo" d'un instant T), brosser un "portrait" global de l'état de santé du patient, ouvrir la discussion avec le patient sur certaines thématiques moins abordées en consultation.*

Je ne me vois pas les utiliser en consultation (inhabituelles, pourrait casser le rythme de la consultation, prend un temps non négligeable sur les 15-20mn allouées à un patient, donne l'impression de créer une barrière entre le praticien et le patient qui me semble délétère en 1er recours, questions trop directives pendant une conversation avec le patient).

Je pourrais en laisser en salle d'attente, mais celles-ci sont déjà bien remplies et souvent les patients ne s'emparent pas de ce genre d'outils (déjà que les professionnels sont frileux).

Il faudrait peut-être que je prenne le temps de présenter l'outil une première fois en consultation, mais cela impliquerait un effort supplémentaire de présentation à ajouter au reste de la consultation.

Il faudrait aussi choisir une échelle parmi la multitude, qui demanderait de les lire toutes ou presque, qui semble être un gros investissement de temps.

Au total, pourquoi pas les utiliser, mais demande un effort de changement de pratiques ».

Discussion

I. Principaux résultats

Répondant à son objectif principal, ce travail de thèse a permis d'établir un état des lieux des échelles génériques de QDV liée à la santé, adaptées aux personnes suivies pour une maladie chronique en soins primaires.

En général, les études observationnelles incluses dans ce travail de recherche ont montré une diminution de la QDV liée à la santé globale ou de certains de ses domaines chez les patients ayant une maladie chronique. Cela constitue un argument supplémentaire pour justifier qu'il faille porter une attention particulière à cette mesure chez le patient malade chronique.

13 échelles génériques d'évaluation de la QDV liée à la santé ont été identifiées dans cette revue de la littérature. Les deux échelles les plus fréquemment employées étaient l'EQ-5D-5L et le SF-36, suivies du SF-12, de l'EQ-5D-3L, du WHOQoL-BREF et du 15-D. Elles permettent une évaluation de la QDV liée à la santé en explorant divers domaines, notamment la santé physique, mentale et la fonction sociale.

Ces outils favorisent l'autoévaluation de la QDV liée à la santé, à l'exception du CDC-HRQOL-4 et du PedsQL 4.0. En effet, elles ont été conçues comme des instruments d'hétéroévaluation, pouvant être remplis par des professionnels de santé ou des proches aidants. La durée d'administration de ces échelles ne dépasse pas dix minutes. Certaines d'entre elles, comme le SF-12, sont disponibles en versions abrégées afin d'améliorer leur acceptabilité auprès des patients. Dans 31,3 % des cas, les instruments génériques et spécifiques étaient administrés conjointement aux patients, ce qui renforce l'idée de la complémentarité entre ces deux types d'échelles (26).

Il convient de noter que les études incluses dans cette revue de la littérature étaient majoritairement observationnelles et principalement menées en Europe. Le recrutement des participants se faisait le plus souvent en soins primaires exclusivement. Les pathologies les plus fréquemment étudiées étaient le diabète, la BPCO, les maladies cardiovasculaires, les troubles psychiatriques et les maladies

ostéoarticulaires. Ces résultats sont en accord avec les données disponibles en France concernant les maladies générant le plus de déclarations en ALD (12).

II. Validité externe

A. Données psychométriques des échelles en soins primaires

La validité et la fiabilité sont les principales propriétés psychométriques d'une échelle (141). La validité désigne la capacité d'une échelle à mesurer ce pour quoi elle a été conçue. Il s'agit du critère le plus important (142). Quant à la fiabilité, elle fait référence à la précision et à la constance des scores obtenus, indépendamment de l'évaluateur, du moment ou du lieu de l'évaluation (142). D'autres paramètres psychométriques, tels que la réactivité, la sensibilité et la spécificité, peuvent également être pris en compte.

Il est important de souligner que ces propriétés psychométriques ne sont pas les seuls facteurs à considérer dans le choix d'une échelle. L'acceptabilité de l'outil, tant chez le patient que chez le médecin, constitue également un critère essentiel.

Les données psychométriques des échelles ont principalement été explorées en population générale ainsi qu'en soins secondaires ou tertiaires. En revanche, les données sont limitées en soins primaires. C'est notamment le cas pour le SF-36, qui a été largement étudié en population générale en France (143) ainsi qu'en soins spécialisés (144, 145) ; et pour le SF-12, majoritairement étudié en soins secondaires (146, 147).

Néanmoins, les propriétés psychométriques ont été analysées chez certains patients en soins primaires pour l'EQ-5D-5L (148–150), le WHOQoL-BREF (151), le PROMIS 29v2.0 (152, 153) et le QWB-SA (154). Ces études sont en faveur d'une bonne validité et fiabilité de ces instruments. Toutefois, les données disponibles sur ce type d'analyse restent encore limitées.

B. Comparaison des échelles en soins primaires

La comparaison de ces échelles est essentielle pour déterminer celles qui seraient les plus pertinentes en médecine générale. Toutefois, en raison du grand nombre d'échelles génériques de QDV liée à la santé, des nombreux paramètres

psychométriques à analyser, ainsi que de la diversité des maladies chroniques rencontrées en médecine générale, cette comparaison s'avère complexe.

L'EQ-5D-5L et le SF-36 ont été comparés à d'autres échelles et ont montré une équivalence, voire une supériorité, sur certains paramètres psychométriques. Par exemple, l'EQ-5D-5L a été comparé à l'EQ-5D-3L et a démontré au moins une équivalence sur les propriétés de mesure par rapport à l'EQ-5D-3L (155). Elle permet de réduire l'effet seuil, d'améliorer le pouvoir discriminatoire, la sensibilité et la précision de la mesure par rapport à l'échelle EQ-5D-3L (156).

Le SF-36 a été comparé à l'EQ-5D-5L (157) ainsi qu'au SF-12 (158). Il existait une grande corrélation entre les deux échelles étudiées.

Même si de nombreuses études se sont concentrées sur la confrontation des outils de mesure de la QDV liée à la santé, peu d'entre elles concernent les soins primaires.

C. Comparaison à la littérature scientifique

a) *Autres revues de la littérature*

Cette revue de la littérature constitue à notre connaissance la première étude sur les échelles génériques de QDV liée à la santé, employées en soins primaires.

Une revue de la littérature dont l'objectif était de clarifier la relation entre la multimorbidité et la qualité de vie en soins primaires a été publiée en 2004 (159).

Une relation inverse a été retrouvée entre le nombre de conditions et la QDV liée à la santé physique. Pour la dimension sociale et psychologique, certaines études ont montré une dégradation de la QDV liée à la santé lorsque les patients avaient au moins quatre comorbidités.

Dans cette revue de la littérature, 30 articles ont été inclus. Les échelles génériques de QDV liée à la santé identifiées étaient le SF-36 (n = 20), le SF-20 (n = 5), le SF-12 (n = 1), le QWB (n = 1) et le Nottingham Health Profile (NHP) (n = 1). Tout comme notre travail de recherche, le SF-36 était l'instrument le plus employé. Cette étude a mis en évidence deux échelles de QDV liée à la santé non mentionnées dans notre revue : le SF-20 et le NHP (159).

Le SF-20 est une version abrégée du SF-36. Il explore 20 items dans six

domaines : activités physiques, vie relationnelle, vie sociale, santé psychique, perception de l'état de santé et douleurs physiques. Cinq minutes sont nécessaires pour compléter l'échelle (160). Elle ne permet pas d'établir des scores par domaines (physique ou mental) ce qui le rend moins pertinent que le SF-36 ou le SF-12.

Le NHP a été construit en deux parties. La première comprend 38 questions, s'intéressant à six domaines : le niveau d'énergie, la douleur, les réactions émotionnelles, le sommeil, l'isolation sociale et la mobilité. Et la seconde se concentre sur les domaines de la vie affectés : emploi, tâches ménagères, vie sociale, vie familiale, fonction sexuelle, loisirs et vacances. Il faut environ cinq à dix minutes pour le remplir, et une version validée en français existe (161). La validité et la fiabilité de cette échelle ainsi que son utilité pour décrire l'impact des maladies chroniques sont bien documentées (162). Son acceptabilité en médecine générale pourrait être contestée en raison de sa longueur.

Une seconde revue de la littérature s'est concentrée sur la relation entre la multimorbidité et la QDV (163). Néanmoins, il convient de noter que le recrutement a été réalisé en soins primaires pour 29 des 74 articles inclus. Les instruments les plus représentés dans cette étude étaient les échelles « Short Form Survey », et « Euro-QoL » ce qui est conforme aux résultats de notre étude. Des échelles génériques de QDV liée à la santé, non décrites dans notre revue, ont été mises en évidence. Il s'agit le plus souvent d'outils dérivés des échelles présentées dans notre travail de recherche, comme le SF-6D, l'EQ-6D, le WHO-QoL 100 ou le WHO-QoL-OLD.

b) Mise à jour des résultats

Les équations de recherche ont été soumises aux trois bases de données pour la période du 1^{er} novembre 2023 au 31 octobre 2024 :

-Sur PubMed, un article utilise le McGill Quality of Life-Revised (MQOL-R) (164).

-Sur Google Scholar, une étude menée chez des patients ayant une MICI s'est servie du World Health Organisation Well-Being Index (WHO-5) (165). Un autre article a employé l'échelle Short Form-8 (SF-8) (166).

-Sur LiSSa, aucune nouvelle échelle n'a été identifiée.

Le MQOL-R est adapté aux patients ayant une maladie grave. Les domaines physiques, psychologiques, existentiels et sociaux sont explorés. Il comprend 14 items

(et un item sur la QDV globale) (167,168).

The WHO-5 se concentre sur la santé mentale et le bien-être en cinq items (169).

Le SF-8 est une version raccourcie du SF-36 et du SF-12. Il contient huit questions afin d'en améliorer l'acceptabilité. Ces huit items explorent les huit domaines du SF-36 (170).

D. Diversité des échelles génériques de QDV liée à la santé

Les résultats de cette revue de la littérature, complétés par ceux d'autres revues similaires et d'articles publiés après les dates d'inclusion, mettent en évidence la grande diversité des échelles génériques de QDV liée à la santé. Cela souligne l'importance d'adopter une échelle standardisée unique en médecine générale, afin de faciliter sa généralisation. Les outils les plus fréquemment utilisés dans la littérature semblent être le SF-36 et l'EQ-5D. Cependant, leur pertinence spécifique pour la médecine générale mérite d'être davantage évaluée.

III. Validité interne (biais des études incluses)

La majorité des études analysées étaient des études observationnelles transversales. Ce type d'étude correspond au niveau de preuve HAS 4, grade C, qui représente le niveau de preuve le plus faible, avec les biais qui leur sont propres. Le choix de la méthode est toutefois cohérent avec l'objectif des études présentées dans ce travail. Les scores de Downs and Black étaient satisfaisants, avec une moyenne de 9/10.

Quelques essais randomisés contrôlés ont également été inclus. Leur niveau de preuve HAS est à 2, grade B. Cela indique que les études étaient bien menées mais avec une puissance faible ou qu'elles présentaient certains biais. La moyenne des scores de Downs and Black était de 21/27.

IV. Forces et limites

A. Limites

Il s'agissait de la première expérience des deux chercheurs en tant

qu'investigateurs d'une revue de littérature. Bien que les recommandations PRISMA 2020 aient été suivies, des erreurs méthodologiques ont pu survenir. De plus, l'analyse des biais des études incluses ainsi que l'évaluation de l'effet de mesure n'ont pas été réalisées.

Les équations de recherche ont été conçues pour ne pas être restrictives et pour ne pas omettre d'articles pertinents. Cependant, afin d'éviter un nombre trop important de références, les recherches se sont limitées à trois bases de données sur la période de janvier 2003 à octobre 2023.

Lors de la sélection, certains articles ont dû être exclus en raison de la langue d'écriture ou de l'inaccessibilité du texte intégral, introduisant ainsi un biais de linguistique ou de sélection.

Néanmoins, il a été décidé d'exclure les méta-analyses et les revues de la littérature sur le sujet afin de limiter ce biais de sélection.

Enfin, un biais de publication est présent, car la littérature grise n'a pas été incluse dans cette revue. Ceci a pu conduire à l'exclusion d'articles intéressants.

B. Forces

En premier lieu, notre revue respecte une majorité des critères de qualité de la grille PRISMA 2020 (score de 18/27, sachant que les items 13, 14, 20 et 21 sont relatifs aux méta-analyses). Deux investigateurs indépendants ont effectué la sélection des articles en aveugle.

De plus, le nombre d'articles inclus était conséquent, permettant d'évaluer un nombre représentatif de maladies chroniques et d'échelles génériques de QDV liée à la santé.

Enfin, il s'agit de la première revue de la littérature réalisant un état des lieux des échelles génériques de QDV liée à la santé, utilisées en soins primaires.

V. Perspectives

A la lumière des résultats de cette revue, le choix d'un outil standardisé pour la médecine générale s'avère complexe. Il est essentiel de considérer les divers

paramètres psychométriques des instruments, tels que la validité, ainsi que leur éventuelle supériorité par rapport à d'autres échelles. Il convient également d'évaluer leur acceptabilité tant pour les patients que pour les médecins.

Cependant, les données psychométriques des échelles exposées dans cette revue ont été principalement établies en population générale ou en soins secondaires. Il serait donc judicieux de mener des recherches complémentaires afin de renforcer leur validité et leur fiabilité dans le contexte des soins primaires.

Par ailleurs, bien que de nombreuses comparaisons aient été faites entre les différentes échelles présentées dans ce travail, celles se concentrant sur les soins primaires demeurent rares. Un travail approfondi de confrontation des questionnaires pourrait ainsi être poursuivi.

Les médecins généralistes interrogés sur les résultats de cette revue rapportent plusieurs avantages à l'utilisation de ces échelles en pratique clinique. Les données recueillies sur la QDV liée à la santé permettent d'adapter la prise en soins des patients. Ces questionnaires pourraient être employés en amont des consultations, afin d'ouvrir la discussion sur certaines problématiques peu évoquées habituellement. De plus, ils présentent l'avantage d'être exhaustifs et standardisés.

Néanmoins, les médecins généralistes partagent également des réserves quant à leur utilisation. Dans l'ensemble, la contrainte du temps en médecine générale est un argument mis en avant, notamment dans le contexte de la démographie médicale actuelle. Deux d'entre eux évoquent la crainte que cela altère la relation médecin-patient, en réduisant la spontanéité de l'échange. Enfin, le fait de multiplier les données concernant le patient, pourrait rendre la prise de décisions plus complexe.

Tous soulignent l'intérêt de disposer d'un outil standardisé adapté à la pratique de la médecine générale. Par de futurs travaux, l'objectif serait d'établir un consensus auprès des patients et des médecins sur l'échelle de QDV liée à la santé dont on pourrait disposer dans la pratique courante de médecine générale.

Conclusion

La prévalence des maladies chroniques est en constante augmentation en France. Face à l'impact global de ces pathologies chez le patient, il apparaît essentiel d'intégrer une évaluation de la QDV liée à la santé dans la pratique clinique. L'interrogatoire en consultation de médecine générale permet de recueillir des informations sur la QDV liée à la santé auprès du patient. Cependant, l'utilisation d'échelles standardisées de QDV (qu'elles soient génériques ou spécifiques) facilite grandement ce recueil de données.

De manière générale, les études incluses dans cette revue mettent en évidence une diminution de la QDV liée à la santé chez les patients ayant une maladie chronique, ce qui souligne l'importance d'intégrer cette mesure en médecine générale.

Cette revue de la littérature a permis d'identifier 13 échelles génériques destinées à mesurer la QDV liée à la santé. Ces outils ont été utilisés en soins primaires pour une grande variété de pathologies chroniques, parmi lesquelles les plus fréquentes étaient le diabète de type 2, la BPCO, l'insuffisance cardiaque et l'arthrose.

De futurs travaux de recherche seront nécessaires pour poursuivre l'évaluation de la validité, de la fiabilité et de l'acceptabilité de ces instruments en médecine générale. L'objectif à long terme serait de parvenir à un consensus sur l'utilisation d'une mesure standardisée de la QDV liée à la santé, spécifiquement adaptée aux patients suivis pour une maladie chronique en médecine générale.

Références bibliographiques

1. Moigne PL. La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ? Commentaire. *Sci Soc Santé*. 2010;28(3):75-84.
2. Armstrong D, Caldwell D. Origins of the concept of quality of life in health care: a rhetorical solution to a political problem. *Soc THEORY Health*. 2004;(2):361-71.
3. Maladies non transmissibles [Internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. Haut Conseil de la santé publique. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique. [Internet]. Disponible sur : https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_prisprotchronique.pdf
5. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual life Res*. 1993 Apr;2(2):153-9.
6. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. *Res Dev Disabil*. 1 janv 1995;16(1):51-74.
7. Hays RD, Reeve BB. Measurement and Modeling of Health-Related Quality of Life. In: Heggenhougen HK (Kris), éditeur. *International Encyclopedia of Public Health*. Oxford: Academic Press; 2008. p. 241-52. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123739605003361>
8. S E. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med* 1982. 1995 Nov;41(10):1383-94.
9. Adultes et avancée en âge. [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/enfants-et-jeunes>
10. Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée [Internet]. Disponible sur : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024-07_beneficiaires-ald_points-de-repere-54_assurance-maladie.pdf
11. Qu'est-ce qu'une affection de longue durée ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
12. Revue de dépenses relative aux affections de longue durée | [vie-publique.fr](https://www.vie-publique.fr) [Internet]. 2024. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/295387-revue-de-depenses-relative-aux-affections-de-longue-duree>
13. Synthèse du rapport de propositions de l'assurance maladie pour 2025 [Internet]. 2024. Disponible sur : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024-07_synthese-rapport-propositions-pour-2025_assurance-maladie.pdf
14. Tian-hui C, Lu L, Michael M. K. A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice? *J Zhejiang Univ Sci B*. 1 sept 2005;6(9):936-40.
15. Paul B. Jacobsen P, Kimberly Davis P, David Cella P. Assessing Quality of Life in Research and Clinical Practice. *Oncology (Williston Park)*. 2002 Sep;16(9 Suppl 10):133-9.

16. Giesinger J, Kemmler G, Meraner V, Gamper EM, Oberguggenberger A, Sperner-Unterweger B, et al. Towards the Implementation of Quality of Life Monitoring in Daily Clinical Routine: Methodological Issues and Clinical Implication. *Breast Care*. 2009;4(3):148-54.
17. Greenhalgh J, Meadows K. The effectiveness of the use of patient-based measures of health in routine practice in improving the process and outcomes of patient care: a literature review. *J Eval Clin Pract*. 1999;5(4):401-16.
18. Higginson IJ, Carr AJ. Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*. 26 mai 2001;322(7297):1297-300.
19. Giesinger J, Kemmler G, Meraner V, Gamper EM, Oberguggenberger A, Sperner-Unterweger B, et al. Towards the Implementation of Quality of Life Monitoring in Daily Clinical Routine: Methodological Issues and Clinical Implication. *Breast Care*. 26 juin 2009;4(3):148.
20. Velikova G, Booth L, Smith AB, Brown PM, Lynch P, Brown JM, et al. Measuring Quality of Life in Routine Oncology Practice Improves Communication and Patient Well-Being: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 15 févr 2004;22(4):714-24.
21. 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.
22. Janse AJ, Gemke RJJ, Uiterwaal CSPM, Tweel I van der, Kimpen JLL, Sinnema G. Quality of life: patients and doctors don't always agree: a meta-analysis. *J Clin Epidemiol*. 1 juill 2004;57(7):653-61.
23. Coates A, GebSKI V, Signorini D, Murray P, McNeil D, Byrne M, et al. Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for advanced breast cancer. Australian New Zealand Breast Cancer Trials Group. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. déc 1992;10(12):1833-8.
24. Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009, 7:102
25. Cella D, Nowinski CJ. Measuring quality of life in chronic illness: The functional assessment of chronic illness therapy measurement system. *Arch Phys Med Rehabil*. déc 2002;83:S10-7.
26. Chen T hui, Li L, Kochen MM. A systematic review: How to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice? *J Zhejiang Univ Sci B*. sept 2005;6(9):936-40.
27. Jaffiol C, Godeau P, Grosbois B. Prise en charge des maladies chroniques : redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 juin 2016;200(6):1225-40.
28. Jaffiol C. Improving Management of Chronic Diseases by Generalist Practitioner. *Integr J Med Sci*. 2017 Feb. 3;4:16-22.
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*. 10 mai 2016;16(1):70.
30. Suriyawongpaisal P, Aekplakorn W, Leerapan B, Lakha F, Srithamrongsawat S, von Bormann S. Assessing system-based trainings for primary care teams and quality-of-life of patients with multimorbidity in Thailand: patient and provider surveys. *BMC Fam Pract*. 17 juin 2019;20(1):85.

31. Bayliss EA, Ellis JL, Shoup JA, McQuillan DB, Steiner JF, Zeng C. Association between Continuity of Care and Health-Related Quality of Life. *J Am Board Fam Med JABFM*. avr 2017;30(2):205.
32. Wang Y, Wu Y, Chu H, Xu Z, Sun X, Fang H. Association between Health-Related Quality of Life and Access to Chronic Disease Management by Primary Care Facilities in Mainland China: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 28 févr 2023;20(5):4288.
33. Schuttner L, Reddy A, Rosland AM, Nelson K, Wong ES. Association of the Implementation of the Patient-Centered Medical Home with Quality of Life in Patients with Multimorbidity. *J Gen Intern Med*. 30 oct 2019;35(1):119.
34. Kramer L, Hirsch O, Schlößler K, Träger S, Baum E, Donner-Banzhoff N. Associations between demographic, disease related, and treatment pathway related variables and health related quality of life in primary care patients with coronary heart disease. *Health Qual Life Outcomes*. 9 juill 2012;10:78.
35. Wermeling et al.: Both cardiovascular and noncardiovascular comorbidity are related to health status in well-controlled type 2 diabetes patients: a cross-sectional analysis. *Cardiovascular Diabetology* 2012 11:121.
36. 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*. 1 janv 2013;30(1):22-32.
37. Hecker J, Freijer K, Hiligsmann M, Evers SMAA. 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*. 7 janv 2022;22(1):46.
38. Serpell M, Gater A, Carroll S, Abetz-Webb L, Mannan A, Johnson R. Burden of post-herpetic neuralgia in a sample of UK residents aged 50 years or older: findings from the zoster quality of life (ZQOL) study. *Health Qual Life Outcomes*. 11 juin 2014;12:92.
39. Varillas AT, Vázquez FL, Pablos DL, Martín AP, Negrín FV, Cámara AG de la. Can an intervention on clinical inertia have an impact on the perception of pain, functionality and quality of life in patients with hip and/or knee osteoarthritis? Results from a cluster randomised trial. *Aten Primaria*. 8 juin 2011;44(2):65.
40. Ford JA, Lenaghan E, Salter C, Turner D, Shiner A, Clark AB, et al. Can goal-setting for patients with multimorbidity improve outcomes in primary care? Cluster randomised feasibility trial. *BMJ Open*. 3 juin 2019;9(6):e025332.
41. 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.
42. John, J.R., Tannous, W.K. & Jones, A. Changes in health-related quality of life before and after a 12-month enhanced primary care model among chronically ill primary care patients in Australia. *Health Qual Life Outcomes* 18, 288 (2020).
43. Aryani FMY, Lee SWH, Chua SS, Kok LC, Efendie B, Paraidathathu T. Chronic care model in primary care: can it improve health-related quality of life? *Integr Pharm Res Pract*. 19 janv 2016;5:11.
44. Tušek-Bunc, K., Petek, D. Comorbidities and characteristics of coronary heart disease

- patients: their impact on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 14, 159 (2016).
45. Zygmuntowicz M., Owczarek A., Elibol A., Chudek J. Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients. *Pol Arch Intern Med.* 2012, Vol. 122, No. 7-8.
 46. Tamir, O., De-Paz, NS, Dvir, D. et al. Comparing assessment of diabetes-related quality of life between patients and their physicians. *Health Qual Life Outcomes* 16, 214 (2018).
 47. Arifin, B., Purba, F.D., Herman, H. et al. Comparing the EQ-5D-3 L and EQ-5D-5 L: studying measurement and scores in Indonesian type 2 diabetes mellitus patients. *Health Qual Life Outcomes* 18, 22 (2020).
 48. Wexler DJ, Grant RW, Wittenberg E, Bosch JL, Cagliero E, Delahanty L, et al. Correlates of health-related quality of life in type 2 diabetes. *Diabetologia.* 1 juill 2006;49(7):1489-97.
 49. Esquinas C, Ramon MA, Nuñez A, Molina J, Quintano JA, Roman-Rodríguez M, et al. Correlation between disease severity factors and EQ-5D utilities in chronic obstructive pulmonary disease. *Qual Life Res.* 1 mars 2020;29(3):607-17.
 50. 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.
 51. 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.* août 2009;122(8):778.e9.
 52. Tusa N, Kautiainen H, Elfving P, Sinikallio S, Mäntyselkä P. Depressive symptoms decrease health-related quality of life of patients with coronary artery disease and diabetes: a 12-month follow up study in primary care. *Scand J Prim Health Care.* 16 juill 2023;41(3):276.
 53. Lourenço E, Sampaio MR dos M, Nzwalo H, Costa EI, Ramos JLS. Determinants of Quality of Life after Stroke in Southern Portugal: A Cross-Sectional Community-Based Study. *Brain Sci.* 14 nov 2021;11(11):1509.
 54. 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.* 1 juin 2005;14(5):1375-86.
 55. Boutron I, Rannou F, Jardinaud-Lopez M, Meric G, Revel M, Poiraudou S. Disability and quality of life of patients with knee or hip osteoarthritis in the primary care setting and factors associated with general practitioners' indication for prosthetic replacement within 1 year - *Osteoarthritis and Cartilage.* 2008 Sep;16(9):1024-31.
 56. Ruland CM, Andersen T, Jeneson A, Moore S, Grimsbø GH, Børøund E, et al. Effects of an Internet Support System to Assist Cancer Patients in Reducing Symptom Distress: A Randomized Controlled Trial. *Cancer Nurs.* févr 2013;36(1):6.
 57. Åkesson KS, Sundén A, Stigmar K, Eek F, Pawlikowska T, Hansson EE. Empowerment and enablement and their associations with change in health-related quality of life after a supported osteoarthritis self-management programme – a prospective observational study. *Arch Physiother.* 22 sept 2023;13:18.
 58. Guillemot C, Garraud C, Sordes F. Endométriose et qualité de vie : le rôle du soutien social et

des stratégies de coping. *Bull Psychol.* 15 févr 2023;579(1):47-58.

59. Ks S, Mh S, H K, Hm R, Kh P. Energy Intake and Severity of Dementia Are Both Associated with Health-Related Quality of Life among Older Long-Term Care Residents. *Nutrients.* 20 sept 2019;11(10):2261.
60. Rose AJ, Bayliss E, Huang W, Baseman L, Butcher E, García RE, et al. Evaluating the PROMIS-29 v2.0 for Use Among Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 7 août 2018;27(11):2935.
61. Bani-Issa W. Evaluation of the health-related quality of life of Emirati people with diabetes: integration of sociodemographic and disease-related variables. *East Mediterr Health J.* 1 nov 2011;17(11):825-30.
62. 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.* 2011 Sep;10(3):150-8.
63. Chung MH, Hsu N, Wang YC, Lai KL, Kao S. Exploration Into the Variance in Self-Reported Health-Related Quality of Life Between the Chronically-Ill Elderly and Their Family Caregivers. *J Nurs Res.* sept 2007;15(3):175.
64. Berner K, A Louw Q. Factors affecting quality of life in adults with HIV: A local cross-sectional study. *S Afr J Physiother.* 2023 Nov 27;79(1):1921.
65. Watson L, Belcher J, Nicholls E, Chandratre P, Blagojevic-Bucknall P, 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. *Rheumatology (Oxford).* 2023 Aug 1;62(8):2748-2756.
66. 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.
67. Gonzalez-Barcala FJ, de la Fuente-Cid R, Tafalla M, Nuevo J, Caamaño-Isorna F. Factors associated with health-related quality of life in adults with asthma. A cross-sectional study. *Multidiscip Respir Med.* 2 oct 2012;7(1):32.
68. Hägglund L, Boman K, Olofsson M, Brulin C. Fatigue and health-related quality of life in elderly patients with and without heart failure in primary healthcare. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007 Sep;6(3):208-15.
69. 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.* 1 févr 2008;64(2):129-38.
70. Jayasinghe UW, Harris MF, Taggart J, Christl B, Black DA. Gender differences in health-related quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and physician characteristics do matter. *Health Qual Life Outcomes.* 21 juin 2013;11:102.
71. Liu CK, Miao S, Giffuni J, Katzel LI, Fielding RA, Seliger SL, et al. Geriatric Syndromes and Health-Related Quality of Life in Older Adults with Chronic Kidney Disease. *Kidney360.* 14 févr 2023;4(4):e457.
72. Johansson P, Broström A, Dahlström U, Alehagen U. Global perceived health and health-

- related quality of life in elderly primary care patients with symptoms of heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* déc 2008;7(4):269-76.
73. Traino KA, Sharkey CM, Perez MN, Bakula DM, Roberts CM, Chaney JM, et al. Health Care Utilization, Transition Readiness, and Quality of Life: A Latent Class Analysis. *J Pediatr Psychol.* 19 févr 2021;46(2):197-207.
74. Beard C, Weisberg RB, Keller MB. Health-related Quality of Life across the Anxiety Disorders: Findings from a Sample of Primary Care Patients. *J Anxiety Disord.* 2 avr 2010;24(6):559.
75. Homady A, Albasheer O, Bajawi A, Hamdi S, Awaf A, Madkhali T, et al. Health-related Quality of Life among Type 2 Diabetes Patients in Southern Province of Saudi Arabia using WHOQOL-BREF: A Cross-section Study. *Curr Diabetes Rev.* 2023;19(7):e211222212099.
76. Jiao F, Wong CKH, Gangwani R, Tan KCB, Tang SCW, Lam CLK. Health-related quality of life and health preference of Chinese patients with diabetes mellitus managed in primary care and secondary care setting: decrements associated with individual complication and number of complications. *Health Qual Life Outcomes.* 13 juin 2017;15(1):125.
77. Enblom A, Wicher M, Nordell T. Health-related quality of life and musculoskeletal function in patients with musculoskeletal disorders: after compared to before short-term group-based aqua-exercises. *Eur J Physiother.* 23 mai 2016;18(4):218.
78. Fraser SD, Barker J, Roderick PJ, Yuen HM, Shardlow A, Morris JE, et al. Health-related quality of life, functional impairment and comorbidity in people with mild-to-moderate chronic kidney disease: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 6 août 2020;10(8):e040286.
79. 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.
80. Jones PW, Brusselle G, Negro RWD, 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.* 1 janv 2011;105(1):57-66.
81. Zakaria ZF, Bakar AA, Hasmoni HM, Rani FA, Kadir SA. Health-related quality of life in patients with knee osteoarthritis attending two primary care clinics in Malaysia: a cross-sectional study. *Asia Pac Fam Med.* 2009 Dec 31;8(1):10.
82. Hui Min Quah J, Pei Wang P, Rui Ge Ng R, Luo N, Chuan Tan N. Health-related quality of life of older Asian patients with multimorbidity in primary care in a developed nation. *Geriatr Gerontol Int.* 2017 Oct;17(10):1429-1437.
83. Merino M, Villoro R, Hidalgo-Vega Á, Carmona C, EPOC-Extremadura CWG. 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;17:189.
84. Sim SZ, Koh HL, Lee SPS, Young DY, Lee ES. How does multimorbidity affect middle-aged adults? A cross-sectional survey in the Singapore primary healthcare setting. *BMC Fam Pract.* 14 sept 2020;21(1):190.
85. 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. 30 sept 2023;12(9):1885.

86. Mittal D, Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ, Wetherell JL. Impact of Comorbid Anxiety Disorders on Health-Related Quality of Life Among Patients With Major Depressive Disorder. *Psychiatr Serv*. déc 2006;57(12):1731-7.
87. Sandipana Pati, Sanghamitra Pati, Marjan van den Akker, Schellevis FG, Jena S, Jako S Burgers. Impact of comorbidity on health-related quality of life among type 2 diabetic patients in primary care. *Prim Health Care Res Dev*. 2020 Apr 6;21:e9
88. Martín-Fernández J, García -Maroto R, Bilbao A, García-Pérez L, Gutiérrez-Teira B, Molina-Siguero A, et al. Impact of lower limb osteoarthritis on health-related quality of life: A cross-sectional study to estimate the expressed loss of utility in the Spanish population. *PLoS ONE*. 24 janv 2020;15(1):e0228398.
89. Yu C, Choi D, Bruno BA, Thorpe KE, Straus SE, Cantarutti P, et al. Impact of MyDiabetesPlan, a Web-Based Patient Decision Aid on Decisional Conflict, Diabetes Distress, Quality of Life, and Chronic Illness Care in Patients With Diabetes: Cluster Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 30 sept 2020;22(9):e16984.
90. Fajriansyah, Iskandarsyah A, Puspitasari IM, Lestari K. Impact of pharmacist counseling on health-related quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus: a cluster randomized controlled study. *J Diabetes Metab Disord*. 3 juin 2020;19(2):675.
91. Ose D, Wensing M, Szecsenyi J, Joos S, Hermann K, Miksch A. Impact of Primary Care–Based Disease Management on the Health-Related Quality of Life in Patients With Type 2 Diabetes and Comorbidity. *Diabetes Care*. 9 juin 2009;32(9):1594.
92. 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.
93. 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*. 5 août 2021;8:707998.
94. Boland RS, 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*. 2016 Jan;110:34-45
95. Naughton MJ, Yi-Frazier JP, Morgan TM, Seid M, Lawrence JM, Klingensmith GJ, et al. Longitudinal Associations between Sex, Diabetes Self-Care, and Health-Related Quality of Life Among Youth with Type 1 or Type 2 Diabetes Mellitus. *J Pediatr*. 26 févr 2014;164(6):1376.
96. Bilbao A, Martín-Fernández J, García-Pérez L, Arenaza JC, Ariza-Cardiel G, Ramallo-Fariña Y, Ansola L. Mapping WOMAC Onto the EQ-5D-5L Utility Index in Patients With Hip or Knee Osteoarthritis. *Value Health*. 2020 Mar;23(3):379-387.
97. 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*. 23 janv 2007;22(2):161.
98. Merino-Soto C, Benítez MÁN, Domínguez-Guedea MT, Toledano-Toledano F, Rubia JM de la,

- Astudillo-García CI, et al. Medical outcomes study social support survey (MOS-SSS) in patients with chronic disease: A psychometric assessment. *Front Psychiatry*. 11 janv 2023;13:1028342.
99. Chew BH, Mohd-Sidik S, Shariff-Ghazali S. Negative effects of diabetes-related distress on health-related quality of life: an evaluation among the adult patients with type 2 diabetes mellitus in three primary healthcare clinics in Malaysia. *Health Qual Life Outcomes*. 24 nov 2015;13:187.
100. Garrido PC, Díez J de M, Gutiérrez JR, Centeno AM, Vázquez EG, Miguel ÁG de, et al. Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health-related quality of life of patients. Results of the EPIDEPOC study. *Health Qual Life Outcomes*. 23 mai 2006;4:31.
101. M H Suominen, T M Puranen, S K Jyväkorpi, U Eloniemi-Sulkava, H Kautiainen, U Siljamäki-Ojansuu, K H Pitkalä. Nutritional guidance improves nutrient intake and quality of life, and may prevent falls in aged persons with Alzheimer disease living with a spouse (NuAD trial). *J Nutr Health Aging*. 2015 Nov;19(9):901-7
102. 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.
103. Jones PW, Brusselle G, Negro RWD, 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*. 10 août 2012;21(3):329.
104. Subramaniam M, Zhang Y, Hua Lau J, Vaingankar JA, Abdin E, Chong SA, Eng Sing Lee. Patterns of physical activity and health-related quality of life amongst patients with multimorbidity in a multi-ethnic Asian population. *BMC Public Health*. 2019 Dec 2;19(1):1612.
105. Lee SJ, Hirsch JD, Terkeltaub R, Khanna D, Singh JA, Sarkin A, et al. Perceptions of disease and health-related quality of life among patients with gout. *Rheumatol Oxf Engl*. 23 mars 2009;48(5):582.
106. Arija V, Villalobos F, Pedret R, Vinuesa A, Jovani D, Pascual G, et al. Physical activity, cardiovascular health, quality of life and blood pressure control in hypertensive subjects: randomized clinical trial. *Health Qual Life Outcomes*. 14 sept 2018;16(1):184.
107. Martens N, Destoop M, Dom G. Physical Healthcare, Health-Related Quality of Life and Global Functioning of Persons with a Severe Mental Illness in Belgian Long-Term Mental Health Assertive Outreach Teams: A Cross-Sectional Self-Reported Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2 mai 2022;19(9):5522.
108. Wilder LV, Devleeschauwer B, Clays E, Pype P, Vandepitte S, Smedt DD. Polypharmacy and Health-Related Quality of Life/Psychological Distress Among Patients With Chronic Disease. *Prev Chronic Dis*. 18 août 2022;19:E50.
109. Sazlina SG, Zaiton A, Nor Afiah MZ, Hayati KS. Predictors of health related quality of life in older people with non-communicable diseases attending three primary care clinics in Malaysia. *J Nutr Health Aging*. 1 mai 2012;16(5):498-502.
110. Gott M, Barnes S, Parker C, Payne S, Seamark D, Gariballa S, Small N. Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age Ageing*. 2006 Mar;35(2):172-7.

111. 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*. févr 2012;7(3):59.
112. Boczor S, Eisele M, Rakebrandt A, Menzel A, Blozik E, Träder JM, et al. Prognostic factors associated with quality of life in heart failure patients considering the use of the generic EQ-5D-5L™ in primary care: new follow-up results of the observational RECODE-HF study. *BMC Fam Pract*. 13 oct 2021;22:202.
113. Pihl K, Roos EM, Taylor RS, Grønne DT, Skou ST. Prognostic Factors for Health Outcomes After Exercise Therapy and Education in Individuals With Knee and Hip Osteoarthritis With or Without Comorbidities: A Study of 37,576 Patients Treated in Primary Care. *Arthritis Care Res*. 31 juill 2022;74(11):1866.
114. 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*. 2004 Sep;31(9):1717-22.
115. Wang DY, Ghoshal AG, Muttalif ARBA, 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*. 1 mai 2016;9:72-7.
116. Boczor S, Daubmann A, Eisele M, Blozik E, Scherer M. Quality of life assessment in patients with heart failure: validity of the German version of the generic EQ-5D-5L™. *BMC Public Health*. 6 nov 2019;19:1464.
117. Bock E de, Filipe MD, Meij V, Oldenburg B, Schaik FDM van, Bastian OW, et al. Quality of life in patients with IBD during the COVID-19 pandemic in the Netherlands. *BMJ Open Gastroenterol*. 2 juill 2021;8(1):e000670.
118. Jayasinghe UW, Proudfoot J, Barton CA, Amoroso C, Holton C, Davies GP, et al. Quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and practice characteristics matter. *Health Qual Life Outcomes*. 3 juin 2009;7:50.
119. 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. 2 nov 2010;35(8):1087.
120. Brettschneider C, Leicht H, Bickel H, Dahlhaus A, Fuchs A, Gensichen J et al. Relative Impact of Multimorbid Chronic Conditions on Health-Related Quality of Life – Results from the MultiCare Cohort Study. *PLoS One*. 2013 Jun 24;8(6):e66742
121. Isokääntä S, Honkalampi K, Kokki H, Sintonen H, Kokki M. Resilience and health-related quality of life in patients with pulmonary diseases receiving ambulatory oxygen therapy. *BMC Pulm Med*. 1 mai 2021;21(1):144.
122. Peters, M., Potter, C.M., Kelly, L. et al. Self-efficacy and health-related quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. *Health Qual Life Outcomes* 17, 37 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1103-3>
123. Knesebeck O von dem, Bickel H, Fuchs A, Gensichen J, Höfels S, Riedel-Heller SG, et al. Social inequalities in patient-reported outcomes among older multimorbid patients – results of the

MultiCare cohort study. *Int J Equity Health*. 7 févr 2015;14:17.

124. 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.

125. Kasckow JW, Karp JF, Whyte E, Butters M, Brown C, Begley A, et al. Subsyndromal Depression and Anxiety in Older Adults: Health Related, Functional, Cognitive and Diagnostic Implications. *J Psychiatr Res*. 13 févr 2013;47(5):599.

126. Bjelović M, Babič T, Dragičević I, Čorac A, Trajković G. The burden of gastroesophageal reflux disease on patients' daily lives: A cross-sectional study conducted in a primary care setting in Serbia. *Srp Arh Celok Lek*. 2015;143(11-12):676-80.

127. Porensky EK, Dew MA, Karp JF, Skidmore E, Rollman BL, Shear MK, et al. The Burden of Late-Life Generalized Anxiety Disorder: Effects on Disability, Health-Related Quality of Life, and Healthcare Utilization. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. juin 2009;17(6):473.

128. Joshi K, Cambron-Mellott MJ, Costantino H, Pfau A, Jha MK. The clinical, economic, and patient-centric burden of insomnia symptom severity in adults with major depressive disorder in the United States. *Brain Behav*. 12 juill 2023;13(8):e3143.

129. Hirani SP, Rixon L, Cartwright M, Beynon M, Newman SP, Team WE. 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.

130. 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*. 10 oct 2018;26(3):262.

131. Panisch S, Johansson T, Flamm M, Winkler H, Weitgasser R, Sönnichsen AC. The impact of a disease management programme for type 2 diabetes on health-related quality of life: multilevel analysis of a cluster-randomised controlled trial. *Diabetol Metab Syndr*. 10 avr 2018;10:28.

132. Tahkola A, Korhonen P, Kautiainen H, Niiranen T, Mäntyselkä P. The impact of antihypertensive treatment initiation on health-related quality of life and cardiovascular risk factor levels: a prospective, interventional study. *BMC Cardiovasc Disord*. 16 sept 2021;21(1):444.

133. Regensteiner JG, Hiatt WR, Coll JR, Criqui MH, Treat-Jacobson D, McDermott MM, Hirsch AT. The impact of peripheral arterial disease on health-related quality of life in the Peripheral Arterial Disease Awareness, Risk, and Treatment: New Resources for Survival (PARTNERS) Program - *Vasc Med*. 2008 Feb;13(1):15-24.

134. Peters M, Crocker H, Jenkinson C, Doll H, Fitzpatrick R. The routine collection of patient-reported outcome measures (PROMs) for long-term conditions in primary care: a cohort survey. *BMJ Open*. 21 févr 2014;4(2):e003968.

135. Angelis A, Mellerio JE, Kanavos P. Understanding the socioeconomic costs of dystrophic epidermolysis bullosa in Europe: a costing and health-related quality of life study. *Orphanet J Rare Dis*. 6 sept 2022;17:346.

136. 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.

137. Zelman DC, Gore M, Dukes E, Tai KS, Brandenburg N. Validation of a Modified Version of the

- Brief Pain Inventory for Painful Diabetic Peripheral Neuropathy. *J Pain Symptom Manage.* 1 avr 2005;29(4):401-10.
138. Schäfer I, Schulze J, Glassen K, Breckner A, Hansen H, Rakebrandt A, et al. Validation of patient- and GP-reported core sets of quality indicators for older adults with multimorbidity in primary care: results of the cross-sectional observational MULTIqual validation study. *BMC Med.* 17 avr 2023;21:148.
139. José C Naveiro-Rilo JC, Diez-Juárez DM, Blanco AR, Rebollo-Gutiérrez F, Rodríguez-Martínez A, Rodríguez-García MA. Validation of the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire in Primary Care. *Rev Esp Cardiol Engl Ed.* 1 déc 2010;63(12):1419-27.
140. McAuliffe MJ, Baylor C, Yorkston K. 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.* 27 juin 2016;19(4):407.
141. Touzani M. Le processus de validation des échelles de mesure : fiabilité et validité. 2000.
142. Fermanian J. Validation des échelles d'évaluation en médecine physique et de réadaptation : comment apprécier correctement leurs qualités psychométriques. *Ann Réadapt Médecine Phys.* 1 juill 2005;48(6):281-7.
143. A Leplège, E Ecosse, A Verdier, T V Perneger. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol.* 1998 Nov;51(11):1013-23.
144. Bousquet J, Knani J, Dhivert H, Richard A, Chicoye A, Ware JE, et al. Quality of life in asthma. I. Internal consistency and validity of the SF-36 questionnaire. *Am J Respir Crit Care Med.* févr 1994;149(2):371-5.
145. Bousquet, Bullinger, Fayol, Marquis, Valentin, Burtin. Assessment of quality of life in patients with perennial allergic rhinitis with the French version of the SF-36 Health Status Questionnaire. *J Allergy Clin Immunol.* 1 août 1994;94(2):182-8.
146. Salyers MP, Bosworth HB, Swanson JW, Lamb-Pagone J, Osher FC. Reliability and Validity of the SF-12 Health Survey Among People With Severe Mental Illness. *Med Care.* nov 2000;38(11):1141.
147. Côté I, Grégoire JP, Moisan J, Chabot I. Quality of life in hypertension: the SF-12 compared to the SF-36. *Can J Clin Pharmacol.* 2004 Fall;11(2):e232-8.
148. Feng YS, Kohlmann T, Janssen MF, Buchholz I. Psychometric properties of the EQ-5D-5L: a systematic review of the literature. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* mars 2021;30(3):647-73.
149. Boczor S, Daubmann A, Eisele M, Blozik E, Scherer M. Quality of life assessment in patients with heart failure: validity of the German version of the generic EQ-5D-5L™. *BMC Public Health.* 6 nov 2019;19:1464.
150. Hernandez G, Garin O, Dima AL, Pont A, Martí Pastor M, Alonso J, et al. EuroQol (EQ-5D-5L) Validity in Assessing the Quality of Life in Adults With Asthma: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res.* 23 janv 2019;21(1):e10178.
151. Sreedevi A, Cherkil S, Kuttikattu DS, Kamalamma L, Oldenburg B. Validation of WHOQOL-

BREF in Malayalam and Determinants of Quality of Life Among People With Type 2 Diabetes in Kerala, India. *Asia-Pac J Public Health Asia-Pac Acad Consort Public Health*. janv 2016;28(1 Suppl):62S-69S.

152. Rose AJ, Bayliss E, Huang W, Baseman L, Butcher E, García RE, et al. Evaluating the PROMIS-29 v2.0 for Use Among Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. nov 2018;27(11):2935-44.

153. Homco J, Rodriguez K, Bardach DR, Hahn EA, Morton S, Anderson D, et al. Variation and Change Over Time in PROMIS-29 Survey Results Among Primary Care Patients With Type 2 Diabetes. *J Patient-Centered Res Rev*. 29 avr 2019;6(2):135-47.

154. Frosch DL, Kaplan RM, Ganiats TG, Groessl EJ, Sieber WJ, Weisman MH. Validity of self-administered quality of well-being scale in musculoskeletal disease. *Arthritis Care Res*. 2004;51(1):28-33.

155. Buchholz I, Mathieu F, Janssen MF, Thomas Kohlmann T, Feng YS. A Systematic Review of Studies Comparing the Measurement Properties of the Three-Level and Five-Level Versions of the EQ-5D. *Pharmacoeconomics*. 2018 Mar 23;36(6):645–661.

156. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen MF, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res*. 2011;20(10):1727-36.

157. Chatzinikolaou A, Tzikas S, Lavdaniti M. Assessment of Quality of Life in Patients With Cardiovascular Disease Using the SF-36, MacNew, and EQ-5D-5L Questionnaires. *Cureus*. 14 sept 2021;13(9):e17982.

158. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol*. 1998 Nov;51(11):1171-8.

159. 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;2:51.

160. Cooke RG, Robb JC, Young LT, Joffe RT. Well-being and functioning in patients with bipolar disorder assessed using the MOS 20-ITEM short form (SF-20). *J Affect Disord*. 8 juill 1996;39(2):93-7.

161. Bucquet D, Condon S, Ritchie K. The French version of the Nottingham health profile. A comparison of items weights with those of the source version. *Soc Sci Med*. 1 janv 1990;30(7):829-35.

162. Wiklund I. The Nottingham Health Profile--a measure of health-related quality of life. *Scand J Prim Health Care Suppl*. 1990;1:15-8.

163. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Stranges S, van den Akker M. *Ageing Res Rev*. 2019 Aug;53:100903

164. Yun JY, Yun YH. Health-promoting behavior to enhance perceived meaning and control of life in chronic disease patients with role limitations and depressive symptoms: a network approach *Sci Rep*. 2023 Mar 24;13(1):4848.

165. Krömeke A, Shani M. Flourishing in life in patients with Inflammatory Bowel Disease: The role of illness identity and health-related quality of life. *J Health Psychol*. 2024 Jul 25:13591053241260288.

166. Ramalivhana FW, Veldsman T, Moss SJ. Assessment of non-communicable disease risk

- factors, functional performance, and health-related quality of life in adults: a comparative analysis in low-resourced urban and rural areas of South Africa. *BMC Public Health*. 2024 Jun 12;24(1):1580.
167. Cohen SR, Sawatzky R, Russell LB, Shahidi J, Heyland DK, Gadermann AM, Measuring the quality of life of people at the end of life: The McGill Quality of Life Questionnaire–Revised. *Palliat Med*. 2017 Feb;31(2):120-129.
168. Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliat Med*. 1 juill 1995;9(3):207-19.
169. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Per Bech. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychother Psychosom*. 2015;84(3):167-76.
170. Lang L, Zhang L, Zhang P, Li Q, Bian J, Guo Y. Evaluating the reliability and validity of SF-8 with a large representative sample of urban Chinese. *Health Qual Life Outcomes*. 2018 Apr 3;16:55.

Annexes

I. Annexe 1 : Grille PRISMA 2020



Liste de contrôle PRISMA 2020

Section et thème	Item N°	Item de la liste de contrôle	Page où l'item est signalé
TITRE			
Titre	1	Identifier le rapport comme une revue systématique.	
RÉSUMÉ			
Résumé	2	Voir la liste de contrôle PRISMA 2020 pour les résumés.	
INTRODUCTION			
Justification	3	Décrire la justification de la revue dans le contexte des connaissances actuelles.	
Objectifs	4	Fournir un énoncé explicite de l'objectif ou de la question que la revue aborde.	
MÉTHODES			
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.	
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.	
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.	
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.	
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.	
	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.	
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.	
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.	
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).	

Section et thème	Item N°	Item de la liste de contrôle	Page où l'item est signalé
	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 notification	14	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais dû aux résultats manquants dans une synthèse (résultant de biais de 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.	
RESULTATS			
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.	
	16b	Citer les études qui pourraient sembler répondre aux critères d'inclusion, mais qui ont été exclues, et expliquer pourquoi elles ont été exclues.	
Caractéristiques des études	17	Citer chaque étude incluse et présenter ses caractéristiques.	
Risque de biais dans les études	18	Présenter les évaluations du risque de biais pour chaque étude incluse.	
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.	
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.	
Niveau de confiance des données probantes	22	Présenter les évaluations du niveau de confiance dans l'ensemble des données probantes pour chaque critère de jugement évalué.	
DISCUSSION			
Discussion	23a	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte d'autres données probantes.	
	23b	Discuter des limites éventuelles des données probantes incluses dans la revue.	
	23c	Discuter des limites éventuelles des processus de la revue utilisés.	
	23d	Discuter des implications des résultats pour la pratique, la politique et la recherche future.	
AUTRES INFORMATIONS			
Section et thème	Item N°	Item de la liste de contrôle	Page où l'item est signalé
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.	
	24b	Indiquer où le protocole de la revue peut être consulté ou préciser qu'aucun protocole n'a été préparé.	
	24c	Décrire et expliquer toute modification apportée aux informations fournies lors de l'enregistrement ou dans le protocole.	
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.	
Déclaration d'intérêts	26	Déclarer les conflits d'intérêts des auteurs de la revue.	
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.	

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

II. Annexe 2 : Echelle de Downs and Black

Item	Criteria	Possible Answers
Reporting		
1	<i>Is the hypothesis/aim/objective of the study clearly described?</i>	Yes = 1 No = 0
2	<i>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.</i>	Yes = 1 No = 0
3	<i>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.</i>	Yes = 1 No = 0
4	<i>Are the interventions of interest clearly described? Treatments and placebo (where relevant) that are to be compared should be clearly described.</i>	Yes = 1 No = 0
5	<i>Are the distributions of principal confounders in each group of subjects to be compared clearly described? A list of principal confounders is provided.</i>	Yes = 2 Partially = 1 No = 0
6	<i>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).</i>	Yes = 1 No = 0
7	<i>Does the study provide estimates of the random variability in the data for the main outcomes? In non-normally distributed data the interquartile 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.</i>	Yes = 1 No = 0
8	<i>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).</i>	Yes = 1 No = 0
9	<i>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.</i>	Yes = 1 No = 0
10	<i>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?</i>	Yes = 1 No = 0
External validity		
11	<i>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.</i>	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
12	<i>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.</i>	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
13	<i>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.</i>	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0

Internal validity - bias		
14	<i>Was an attempt made to blind study subjects to the intervention they have received?</i> 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	<i>Was an attempt made to blind those measuring the main outcomes of the intervention?</i>	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0
16	<i>If any of the results of the study were based on "data dredging", was this made clear?</i> 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	<i>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?</i> 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	<i>Were the statistical tests used to assess the main outcomes appropriate?</i> The statistical techniques used must be appropriate to the data. For example nonparametric 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	<i>Was compliance with the intervention/s reliable?</i> 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	<i>Were the main outcome measures used accurate (valid and reliable)?</i> 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	<i>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?</i> 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	<i>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?</i> 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	<i>Were study subjects randomized to intervention groups?</i> Studies which state that subjects were randomized should be answered yes except where method of randomization 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	<i>Was the randomized intervention assignment concealed from both patients and health care staff until recruitment was complete and irrevocable?</i> All non-randomized 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	<i>Was there adequate adjustment for confounding in the analyses from which the main findings were drawn?</i> 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-randomized 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	<i>Were losses of patients to follow-up taken into account?</i> 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*	<i>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%?</i> Sample sizes have been calculated to detect a difference of x% and y%.	Yes = 1 No = 0 Unable to determine = 0

III. Annexe 3 : Niveaux de preuve et grades de recommandation 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"> - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
<p>B</p> <p>Présomption scientifique</p>	<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
<p>C</p> <p>Faible niveau de preuve scientifique</p>	<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - études cas-témoins. <p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

AUTEUR : Nom : DENIÉ **Prénom :** Manon

Date de soutenance : 29/11/2024

Titre de la thèse : Utilisation d'échelles génériques de qualité de vie chez les patients ayant une maladie chronique en médecine générale : une revue systématique de la littérature.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Médecine générale - FST soins palliatifs

Mots-clés : maladie chronique, soins primaires, qualité de vie liée à la santé, échelle, mesure.

Résumé :

Contexte : La prévalence des maladies chroniques ne cesse d'augmenter. Ces pathologies ont un impact sur la QDV liée à la santé des patients. Le médecin généraliste joue un rôle clé dans la prise en charge des personnes ayant une maladie chronique et est en première ligne pour la mesure de la QDV à la santé. Des échelles, qu'elles soient génériques ou spécifiques, sont disponibles, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients. L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux des échelles génériques adaptées aux patients suivis pour des maladies chroniques en soins primaires.

Méthode : Il s'agit d'une revue systématique de la littérature, suivant les recommandations PRISMA 2020. Trois bases de données ont été interrogées à l'aide d'équations de recherche construites avec des mots-clés MeSH. La sélection des articles a été effectuée par deux investigateurs de manière indépendante. Le ressenti de quatre médecins généralistes volontaires a ensuite été recueilli concernant les résultats de cette revue et l'utilisation de ces échelles en médecine générale.

Résultats : Sur les 5474 références identifiées par la recherche, 112 articles ont été inclus dans cette revue. 13 échelles génériques de la QDV liée à la santé ont été mises en évidence, dont les plus fréquemment employées étaient l'EQ-5D-5L et le SF-36. De manière générale, les études tendent vers une diminution de la QDV liée à la santé en cas de maladie chronique.

Discussion : Les données concernant la validité, la fiabilité et l'acceptabilité de ces échelles existent mais restent peu nombreuses en soins primaires. Les médecins généralistes participants ont relevé des interrogations sur l'intégration et les bénéfices de cette mesure en pratique courante.

Conclusion : L'évaluation de la QDV liée à la santé est essentielle pour ces patients. À cet égard, de futures recherches pourraient viser à établir un consensus sur l'utilisation d'une échelle unique de mesure de la QDV liée à la santé en cas de maladie chronique.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Etienne ALLART

Asseseurs : Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Alissa SEBBAH

