



**HAL**  
open science

# Consensus d'experts sur une traduction en français d'une échelle d'auto-évaluation de la dépression, a "Hopkins Symptom Checklist 25" via une procédure Delphi et une traduction retour en anglais

Pierre Lancelot

## ► To cite this version:

Pierre Lancelot. Consensus d'experts sur une traduction en français d'une échelle d'auto-évaluation de la dépression, a "Hopkins Symptom Checklist 25" via une procédure Delphi et une traduction retour en anglais. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01208035

**HAL Id: dumas-01208035**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01208035>**

Submitted on 1 Oct 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

UNIVERSITÉ DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE  
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

\*\*\*\*\*

Année 2015

N°

**THÈSE DE  
DOCTORAT en MÉDECINE**

-  
DIPLOME D'ÉTAT

-  
SPÉCIALITÉ: Médecine Générale

**Consensus d'experts sur une traduction en français  
d'une échelle d'auto-évaluation de la dépression,  
la "Hopkins Symptom Checklist 25"  
via une procédure Delphi  
et une traduction retour en anglais**

**What is the translation of HSCL-25 in French?  
A consensus procedure by Delphi-round  
and Forward-Backward translation**

Par **Mr LANCELOT Pierre**  
Né le 17 décembre 1985 à Brest (29)

Présentée et soutenue publiquement le 21/05/2015

**PRÉSIDENT DU JURY** Pr. Jean Yves LE RESTE

**MEMBRES DU JURY** Dr. Patrice NABBE  
Pr. Bernard LE FLOC'H

**UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE  
FACULTE DE MÉDECINE ET  
DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE BREST**

**DOYENS HONORAIRES:**

Professeur H. H. FLOCH  
Professeur G. LE MENN (†)  
Professeur B. SENECAIL  
Professeur J. M. BOLES  
Professeur Y. BIZAIS (†)  
Professeur M. DE BRAEKELEER  
Professeur C. BERTHOU

**DOYEN :**

**PROFESSEURS EMÉRITES**

---

Professeur BARRA Jean-Aubert      Chirurgie Thoracique & Cardiovasculaire  
Professeur LAZARTIGUES Alain      Pédiopsychiatrie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS EN SURNOMBRE**

---

Professeur BLANC Jean-Jacques      Cardiologie  
Professeur CENAC Arnaud              Médecine Interne

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE**

---

BOLES Jean-Michel                      Réanimation Médicale  
FEREC Claude                              Génétique  
GARRE Michel                              Maladies Infectieuses - Maladies tropicales  
MOTTIER Dominique                      Thérapeutique

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1<sup>ère</sup> CLASSE**

---

ABGRALL Jean-François                  Hématologie - Transfusion  
BOSCHAT Jacques                          Cardiologie & Maladies Vasculaires

BRESSOLLETTE Luc	Médecine Vasculaire
COCHENER - LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
COLLET Michel	Gynécologie - Obstétrique
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DE BRAEKELEER Marc	Génétique
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine & Santé au Travail
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
JOUQUAN Jean	Médecine Interne
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEJEUNE Benoist	Epidémiologie, Economie de la santé & de la prévention
LEHN Pierre	Biologie Cellulaire
LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie Digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
OZIER Yves	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie - Hépatologie
SENECAIL Bernard	Anatomie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
TILLY - GENTRIC Armelle	Gériatrie & biologie du vieillissement

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2<sup>ème</sup> CLASSE**

---

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
BERTHOU Christian	Hématologie – Transfusion
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire

BOTBOL Michel	Psychiatrie Infantile
CARRE Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DEHNI Nidal	Chirurgie Générale
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
FOURNIER Georges	Urologie
GILARD Martine	Cardiologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weigo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
LACUT Karine	Thérapeutique
LE GAL Grégoire	Médecine interne
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation Médicale
MARIANOWSKI Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
MISERY Laurent	Dermatologie - Vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et Mycologie
NONENT Michel	Radiologie & Imagerie médicale
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie - Hépatologie
PAYAN Christopher	Bactériologie – Virologie; Hygiène
PRADIER Olivier	Cancérologie - Radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
STINDEL Eric	Bio-statistiques, Informatique Médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie

WALTER Michel

Psychiatrie d'Adultes

---

**PROFESSEURS des Universités – Praticien Libéral**

---

LE RESTE Jean Yves

Médecine Générale

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

---

LE FLOC'H Bernard

Médecine Générale

---

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS Hors CLASSE**

---

ABALAIN-COLLOC Marie Louise

Bactériologie – Virologie ; Hygiène

AMET Yolande

Biochimie et Biologie moléculaire

LE MEVEL Jean Claude

Physiologie

LUCAS Danièle

Biochimie et Biologie moléculaire

RATANASAVANH Damrong

Pharmacologie fondamentale

SEBERT Philippe

Physiologie

---

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1<sup>ère</sup> CLASSE**

---

ABALAIN Jean-Hervé

Biochimie et Biologie moléculaire

AMICE Jean

Cytologie et Histologie

CHEZE-LE REST Catherine

Biophysique et Médecine nucléaire

DOUET-GUILBERT Nathalie

Génétique

JAMIN Christophe

Immunologie

MIALON Philippe

Physiologie

MOREL Frédéric

Médecine & biologie du développement  
et de la reproduction

PERSON Hervé

Anatomie

PLEE-GAUTIER Emmanuelle

Biochimie et Biologie Moléculaire

UGO Valérie

Hématologie, transfusion

VALLET Sophie

Bactériologie – Virologie ; Hygiène

VOLANT Alain

Anatomie et Cytologie Pathologiques

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2<sup>ème</sup> CLASSE**

---

DELLUC Aurélien	Médecine interne
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses-Maladies tropicales
LE GAC Géraud	Génétique
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
QUERELLOU Solène	Biophysique et Médecine nucléaire
SEIZEUR Romuald	Anatomie-Neurochirurgie

## **MAITRES DE CONFERENCES - CHAIRE INSERM**

---

MIGNEN Olivier	Physiologie
----------------	-------------

## **MAITRES DE CONFERENCES**

---

AMOUREUX Rémy	Psychologie
HAXAIRE Claudie	Sociologie - Démographie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MONTIER Tristan	Biochimie et biologie moléculaire
MORIN Vincent	Electronique et Informatique

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES MI-TEMPS**

---

BARRAINE Pierre	Médecine Générale
NABBE Patrice	Médecine Générale
CHIRON Benoît	Médecine Générale
BARAIS Marie	Médecine Générale

## **AGREGES DU SECOND DEGRE**

---

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE  
Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé

\*\*\*\*\*

AUTORISATION D'IMPRIMER

\*\*\*\*

Présentée par M le Professeur LE RESTE JEAN YVES

Titre de la thèse Causes d'expulsion de la traduction en français  
d'une échelle d'autoévaluation de la dépression la  
"Hafic Syta Chelli 25" n'a pas permis d'être traduite et e-afé

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à

M LANCELOT PIERRE

Fait à BREST, le 27 avril 2015

VISA du Doyen de la faculté  
A BREST, le 27 avril 2015

Le Doyen,  
Professeur C. BERTHOU



Le Président du Jury de Thèse,

Professeur J.Y. LE RESTE  
Directeur du Département  
Département de Médecine Générale



## Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier le Professeur Le Reste qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse. Sa vision du troisième cycle de médecine générale au sein de la faculté de Brest et son engagement m'ont accompagné durant tout mon internat, contribuant à sa réussite. Le dynamisme du département universitaire et des groupes de thèses a permis de développer une réelle stimulation entre les internes et les universitaires de médecine générale. Ma thèse participe à l'enrichissement de ces travaux.

En second lieu, je tiens à remercier le Docteur Nabbe, qui durant cette thèse, m'a accompagné, guidé pour obtenir le résultat actuel. Je garde également en souvenir le mois passé comme interne de stage praticien à Plounéour-Trez où il m'a encouragé dans mes choix d'exercice d'aujourd'hui.

Je souhaite remercier également le Professeur Le Floc'h de participer à ce jury de thèse. Je suis très satisfait d'avoir effectué mon stage de SASPAS de fin d'internat chez lui, au Guilvinec, sa pratique ainsi que celle de ses confrères du SUMGA m'ont complètement libéré de mes inquiétudes, me permettant de me projeter rapidement dès la fin de l'internat dans du remplacement régulier. Le côté humain de l'exercice médical a été renforcé durant ce stage.

Enfin, je tiens à remercier ma famille qui, tout au long des années, m'a permis de me construire et de faire des choix. C'est grâce à elle que j'en suis là aujourd'hui.

Mes amis m'ont également apporté un soutien notable, de la camaraderie et de la franchise. Je les remercie et espère conserver longtemps leurs amitiés.

Pour finir, comment ne pas exprimer mes sentiments pour ma compagne qui depuis plusieurs années, partage mes journées et mes humeurs, contribuant à mon bonheur.

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

## Liste des abréviations

EGPRN: European General Practice Research Network

FPDM: Family Practice Depression and Multimorbidity

HSCCL-25: Hopkins Symptom Checklist - 25 items

MG : Médecin généraliste

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders

RAND/UCLA: Research and Development Corporation and the University of California Los Angeles

FP: Family physicians

# Traduction en français aller-retour de l'HSCL-25 par une procédure Delphi. 3<sup>ème</sup> étape du travail FPDM

## Résumé

**Introduction :** La dépression est une maladie courante en soins primaires. Les patients de plus de 50 ans, multi-morbides sont spécialement à risque. Le diagnostic reste difficile. Peu d'outils d'aide au diagnostic sont adaptés et utilisés en médecine générale. L'étude "Family Practice Depression and Multimorbidity" (FPDM) de l'"European General Practice Research Network" (EGPRN) cherchait à valider un outil d'aide au diagnostic en Europe. Les précédentes étapes ont sélectionné la "Hopkins Symptom Checklist" en 25-items (HSCL-25) comme l'outil le plus approprié versus "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM).

**Objectif :** L'objectif était de traduire la HSCL-25 en français sans perte de sens, tout en respectant les particularités linguistiques et la compréhension des patients.

**Méthode :** Un linguiste et un chercheur en soins primaires ont réalisé une proposition de traduction en français. Cette traduction a été soumise à une procédure Delphi. Un panel d'experts médecins généralistes français, anglicistes a été constitué. Une traduction retour en anglais a été réalisée par la suite en aveugle de l'original.

**Résultats :** Le panel d'experts répondait aux critères d'inclusion. Des médecins généralistes français majoritairement des enseignants, ont été recrutés pour la procédure Delphi. Le nombre minimal de quinze experts à chaque ronde a été respecté. La traduction en français a été validée en deux rondes. Les items non validés à l'issue de la première ronde ont été reformulés, en tenant compte des avis colligés des experts, et proposés dans une seconde ronde. Toutes ces propositions retravaillées ont été validées terminant la procédure. Une traduction retour en anglais a été produite.

**Discussion :** Une traduction aller-retour par une procédure Delphi avec un panel d'experts adapté, garantissait une traduction française de HSCL-25 validée et proche linguistiquement de l'original. Une analyse culturelle de la traduction devrait assurer la concordance des sens entre l'original et le retour.

# HSCL-25 Forward-Backward translation to French by Delphi Procedure. Third Phase of FPDM

## Abstract

**Introduction:** Family physicians (FP) are the first port of call for depressive patients in developed countries. The multi-morbid patients over 50 years are especially at risk. Symptoms are difficult to identify. Few diagnostic tools are adapted and used by FP. “Family Practice Depression and Multimorbidity” (FPDM) study by “European General Practice Research Network” (EGPRN) aims to find a diagnostic depression tool in primary care throughout Europe. Previous steps of FPDM have found that the “Hopkins Symptom Checklist in 25-items” (HSCL-25) was the most appropriate tool against DSM.

**Objective:** This study aimed to translate HSCL-25 in French while ensuring that original meaning was preserved and adapted for patients.

**Method:** A Delphi method was used. The HSCL-25 was translated into French by a linguist and a researcher in FP. This translation was submitted by Delphi procedure to a panel of French FP’s experts in primary care, English practitioners. Backward translation was performed with a blind back-translation principle.

**Results:** The inclusion criteria of panel were followed. FP’s have been recruited for the Delphi procedure with majority of teachers. The procedure was respected with a minimum of fifteen experts for each round. HSCL-25 French translation was confirmed in two Delphi rounds, with some translated modification due to the expert remarks. The backward English translation was therefore produced by translators.

**Discussion:** The quality of the panel of FPs experts ensured a validated and reliable linguistic French translation. The following step will consist in a cultural check to ensure the meaning of the HSCL-25 French version.

## Introduction

La dépression est un trouble psychiatrique fréquent (1,2) traité par les médecins généralistes (MG), soignants de premier recours dans de nombreux pays européens (3–5). Les patients de plus de 50 ans avec une ou plusieurs morbidités associées sont plus à risque (6–8).

Le diagnostic de dépression est syndromique (9). C'est une combinaison variable de symptômes plus ou moins associés à d'autres troubles psychiatriques comme l'anxiété (10), la détresse et certains troubles somatiques (11,12). La plupart des patients ont une gêne à exprimer ces sentiments (9,13).

Diagnostiquer une dépression et sa sévérité est difficile du fait d'une grande variabilité interindividuelle (14,15). Les médecins peuvent donc sur ou sous-estimer le niveau de détresse de leurs patients (16). Ces difficultés peuvent conduire à des soins inadaptés (17,18) et avoir des conséquences au niveau de la santé publique (19–21).

Une référence dans la définition et le diagnostic des troubles psychiatriques dont la dépression est le DSM, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (22,23). Cet outil complexe est rarement utilisé au quotidien en médecine générale. Les MG peuvent ainsi se trouver en situation inconfortable avec la définition de la dépression adaptée aux soins primaires et les outils de diagnostics disponibles (24).

L'incidence et la prévalence de la dépression changent en médecine générale en Europe, en lien avec des variations culturelles de son expression (25,26).

Les médecins généralistes européens cherchent à mieux connaître des outils d'aide au diagnostic utilisables dans la pratique courante (27,28).

En Europe, un consensus sur un outil simple de diagnostic pourrait permettre des recherches collaboratives (29,30).

L'étude "Family Practice Depression and Multi-morbidity" (FPDM) a débuté en 2011. La première et seconde étape ont désigné la "Hopkins Symptom Checklist-25" (HSCL-25) comme le meilleur outil (31,32). Cette échelle, comparée de manière répétée à un gold standard comme le DSM, dans la littérature, est facile à utiliser (33).

Il n'existe pas actuellement de traduction officielle et consensuelle de l'HSCL-25 valable dans chaque langue européenne (34).

## Contexte

L'étude FPDM a pour objectif de sélectionner un outil d'aide au diagnostic simple pouvant être utilisé de manière consensuelle par des médecins généralistes (MG) pour diagnostiquer la dépression chez l'adulte. Elle cherche également à le rendre utilisable dans les différents pays européens participants. L'outil doit être validé, réutilisable, et facile à utiliser par les MG en Europe (35).

L'ensemble de l'étude FPDM était prévu se dérouler en 4 étapes :

- La première étape était une revue systématique de la littérature internationale indexée en soins primaires. L'objectif était de sélectionner les outils d'aide au diagnostic validés contre le DSM-5 (36). Cette recherche a relevé sept outils selon une liste de critères de validité (31). Il devait s'agir d'outils utilisés en soins primaires.
- La deuxième étape était une procédure de consensus permettant de sélectionner un seul outil. La méthode choisie était une procédure de type "RAND / UCLA" (Research and Development / University of California Los Angeles) (31,37).

La HSCL-25 a été consensuellement désignée comme l'outil le plus approprié pour le diagnostic de la dépression chez l'adulte en médecine générale en Europe, suivant des critères d'efficacité, d'ergonomie et de reproductibilité.

- La troisième étape (correspondant, en partie, à cette thèse) avait pour objectif de traduire l'outil dans la langue de chaque pays participant, suivant un même processus d'obtention de consensus (38), avec le support de l'"European General Practice Research Network" (EGPRN) (39).
- La quatrième étape aura pour but de tester l'échelle traduite dans chaque pays en situation réelle.

Ainsi l'objectif de cette étude était de traduire l'HSCL-25 en français (40) en utilisant une procédure Delphi (41,42) avec une traduction aller-retour (43).

Des traductions de l'HSCL-37 en français existent avec une population spécifique de réfugiés et d'adolescents permettant d'évaluer un syndrome de stress post traumatique (44,45). Il existe aussi une vieille traduction aller de la SCL-90-R (version revisitée de l'HSCL avec 32 nouveaux items pour d'autres pathologies psychiatriques) sans retour effectué (46-48).

Une traduction validée aller-retour pour la médecine générale de l'HSCL-25 n'existait pas jusqu'à présent en France (49-51).

# Méthode

## 1.1. Justification de la méthode

La HSCL-25 est un questionnaire d'autoévaluation (52,53) sur l'existence et la sévérité de symptômes d'anxiété et de dépression (54) durant la semaine précédant le test. C'est une échelle syndromique. Elle est utilisée pour identifier et quantifier un état anxio-dépressif en soins primaires (55). Elle inclut vingt-cinq items : dix items sur l'anxiété et quinze items sur la dépression (16,56).

Pour éviter toute perte de sens lors de la traduction, une traduction aller-retour (57,58) a été réalisée avec une méthode de consensus normée, via des rondes Delphi pour la traduction aller (59,60).

La procédure Delphi (41) est utilisée fréquemment en soins primaires comme une méthode rigoureuse pour obtenir un consensus (61,62) dans différents domaines cliniques (63). C'est une méthode interactive, reproductible et efficace, qui permet à un panel d'experts d'utiliser des procédures itératives.

Cette procédure est une amélioration du groupe d'opinion, utilisé depuis longtemps dans les sciences sociales. Elle est particulièrement adaptée à la traduction d'un auto-questionnaire dépendant de nombreux paramètres sociaux. Elle peut être réalisée rapidement et à faible coût pour établir une recommandation commune convergente (64).

Cette méthode nécessite de suivre quatre règles : anonymat des participants, répétition (permet aux participants de ré-affiner leurs vues à la lumière de la progression du groupe), contrôle des retours, agrégations statistiques des réponses (permettant une analyse quantitative et qualitative).

## 1.2. Participants

Quatre groupes ont participé à l'étude :

*Groupe Pilote* : l'équipe française de l'EGPRN est familière de la procédure Delphi. Elle a obtenu le consentement de participation volontaire de l'investigateur national. Elle a fait respecter le protocole et n'a pas pris part aux rondes Delphi. La traduction aller-retour a été validée par des membres de l'EGPRN pour entrer dans le processus global de l'étude.

*Investigateur national* : Il était chargé de recruter les traducteurs et les experts. Il n'intervenait pas durant les rondes Delphi mais coordonnait les différentes phases. Tous les investigateurs des pays participants se sont rencontrés, deux fois par an, avec l'équipe pilote, depuis le lancement de la FPDM.

*Traducteurs* : L'investigateur national a choisi trois traducteurs, devant avoir des connaissances sur la terminologie médicale, répartis en deux équipes.



- L'équipe de traduction initiale devait comprendre un généraliste du groupe de recherche FPDM et un traducteur français anglais officiel.
  - L'équipe de traduction retour devait comprendre un traducteur français anglais officiel différent et aveugle du premier groupe.
- Aucun intervenant ne devait être commun aux deux équipes.

*Panel d'experts* : Initialement, vingt à trente experts devaient être recrutés pour obtenir au minimum quinze participants à la fin de chaque ronde.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être médecin généraliste français, avoir le français comme langue maternelle, parler anglais.

Plus de la moitié d'entre eux devaient avoir des activités d'enseignement ou de recherche.

Chaque expert a rempli un questionnaire permettant de vérifier et préciser la représentativité du panel et sa diversité : sexe, âge, lieu d'exercice, nombre d'années de pratique, publication éventuelle.

### **1.3. Consentement et anonymisation**

L'investigateur national demandait aux participants leur consentement signé et leur délivrait un numéro d'identification en vue d'anonymiser leurs réponses. Le nom de chaque expert n'était pas transmis.

Cette étude ne nécessitait pas la participation de patients. Elle ne requérait pas de comité d'éthique.

### **1.4. Traduction initiale**

Le groupe pilote a envoyé la version originale en anglais de l'HSCL-25 à l'investigateur national qui l'a transmis à l'équipe de traduction initiale.

Cette équipe a effectué une traduction linguistique du questionnaire de l'anglais au français.

### **1.5. Les rondes Delphi**

Au début du premier tour, l'investigateur national a adressé par mail la version anglaise originale et la proposition de traduction initiale à chaque expert de manière individuelle et aveugle des autres experts.

Les experts notaient leur niveau d'agrément de chaque proposition de traduction sur une échelle de Likert étalonnée de 1 à 9.

L'échelle de Likert est une échelle symétrique d'agrément / désagrément. Elle permet de mesurer pour chaque proposition l'intensité de l'agrément de la traduction proposée (65).

Les experts cotaient chaque proposition de 1 (désagrément complet) à 9 (agrément complet) et commentaient les notes inférieures à 7 (66).

Ils n'étaient pas informés du processus d'obtention du consensus.

Le consensus était défini pour chaque phrase lorsqu'elle était notée 7 ou plus, par 70 % ou plus du panel. La phrase était alors directement acceptée.

Si le consensus n'était pas obtenu, l'investigateur national et l'équipe de traduction initiale synthétisaient les commentaires des experts pour reformuler une nouvelle traduction de cette phrase.

Une ronde ne devait pas excéder deux semaines et le temps entre deux rondes devait être inférieur à quatre semaines pour limiter les risques de contamination entre experts.

La ronde suivante débutait lorsque l'investigateur national envoyait, à chaque expert, individuellement et en aveugle des autres, les nouvelles propositions reformulées de traduction française et leurs originaux en anglais. Les experts notaient de nouveau les nouvelles propositions de la même manière qu'à la première ronde.

En l'absence de consensus, les tours suivants se déroulaient selon le même procédé pour les phrases non acceptées (67). Le processus était ainsi répété jusqu'à ce que toutes les propositions trouvent un consensus de traduction (68).

Le nombre des rondes n'était pas limité. A la fin du processus Delphi, on obtenait un consensus sur une version française de l'HSCL-25.

## **1.6. Traduction retour**

L'investigateur national a transmis la version finale de l'HSCL-25 en français à l'équipe de traduction retour, qui devait la traduire en anglais. Cette équipe n'était pas informée de la version initiale (traduction en aveugle).

En final, elle transmettait cette version retour de l'HSCL-25 en anglais à l'équipe pilote clôturant ainsi ce travail.

# Résultats

## 2.1. Traduction initiale

L'investigateur national a soumis le questionnaire à une équipe ayant une pratique régulière de la terminologie médicale, composée d'un traducteur officiel et d'un chercheur en médecine générale.

Une version française consensuelle de HSCL-25 a été proposée par l'équipe de traduction initiale au panel d'experts.

## 2.2. Panels

Vingt-neuf médecins généralistes experts ont été contactés séparément au début de la première ronde.

Certains des médecins généralistes contactés n'ont pas souhaité participer, pour des raisons de disponibilité et de connaissance en anglais.

L'investigateur national avait pris soin de récupérer tous les consentements et les caractéristiques de chaque expert (Table 1).

### - Première ronde Delphi :

Seize médecins généralistes experts ont finalement été recrutés pour la première ronde. Les experts étaient répartis ainsi : 56 % d'hommes et 44 % de femmes. La distribution de leur âge était la suivante : 50 % entre 30 et 40 ans, 19 % entre 41 et 50 ans et 31 % entre 51 et 60 ans.

Ils exerçaient dans différents environnements :

- 50 % dans une ville de plus de 5000 habitants,
- 44 % dans une petite ville (2000-5000 habitants),
- 6 % en milieu rural (< 2000 habitants).

Leur niveau de maîtrise de l'anglais était réparti de la façon suivante :

- 44 % avaient des notions élémentaires,
- 31 % étaient des utilisateurs confirmés,
- 25 % étaient considérés comme experts.

Leur expérience clinique a été analysée en années de pratique : 50 % entre 0 et 10 ans, 19 % entre 11 et 20 ans et 31 % entre 21 et 30 ans.

Sur les seize experts, 93 % avaient des activités d'enseignement, 87 % étaient des chercheurs universitaires dont 69 % avaient déjà publié.

- Deuxième ronde Delphi :

Des seize médecins inclus dans la première ronde et contactés pour la seconde, quinze y ont finalement participé.

La distribution des caractéristiques du panel a peu changé :

Les experts étaient répartis ainsi : 60 % d'hommes et 40 % de femmes. La distribution de leur âge était la suivante : 46.5 % entre 30 et 40 ans, 20 % entre 41 et 50 ans et 33.5 % entre 51 et 60 ans.

Ils exerçaient dans différents environnements :

- 53.5 % dans une ville de plus de 5000 habitants,
- 40 % dans une petite ville (2000-5000 habitants),
- 6.5 % en milieu rural (< 2000 habitants).

Leur niveau de maîtrise de l'anglais était réparti de la façon suivante :

- 47 % avaient des notions élémentaires,
- 26.5 % étaient des utilisateurs confirmés,
- 26.5 % étaient considérés comme experts.

Leur expérience clinique a été analysée en années de pratique: 46.5 % entre 0 et 10 ans, 20 % entre 11 et 20 ans et 33.5 % entre 21 et 30 ans.

Sur les seize experts, 93 % avaient des activités d'enseignement, 86 % étaient des chercheurs universitaires dont 66 % avaient déjà publié.

FPs experts number	Gender	Age	English speaker	Years of practice activity	Academic researcher (years)	Publication	Teacher (Years)	Area of practice	First round lower rate
	M .male		A. basic user			Y - Yes		1. < 2000	
	F .female		B. independent			N - Not		2. 2000-5000	
			C. proficient					3. >5000	
<b>1</b>	M	50	C	21	10	Y	14	1	1
<b>2</b>	M	58	B	29	10	Y	10	2	4
<b>3</b>	F	32	B	5	4	Y	5	2	3
<b>4</b>	F	45	B	16	0	N	5	3	5
<b>5</b>	M	35	B	5	5	Y	5	2	3
<b>6</b>	F	31	A	4	3	Y	4	3	1
<b>7</b>	M	51	A	18	2	N	2	2	6
<b>8</b>	M	30	A	1	1	N	1	2	3
<b>9</b>	M	48	A	17	1	N	2	3	4
<b>10</b>	F	54	C	21	14	Y	17	3	6
<b>11</b>	M	54	C	30	14	Y	17	3	2
<b>12</b>	F	53	B	25	5	Y	10	3	5
<b>13</b>	M	33	A	4	0	N	2	2	4
<b>14</b>	F	37	A	3	5	Y	5	3	5
<b>15</b>	F	31	A	2	2	Y	0	2	6
<b>16</b>	M	32	C	6	4	Y	4	3	5
<b>17</b>	F	54	A	9	10	Y	36		1
<b>18</b>	M	56	A	28	17	Y	17	3	6

Table 1: Panel des experts (l'expert 3 n'a pas participé à la 2ème ronde, les experts 17 et 18 ne sont pas des MG)

## 2.3. Procédure Delphi

- La première ronde Delphi (Table 2) :

Trente-deux propositions de traduction en français étaient à valider en rondes Delphi : les vingt-cinq items de la HSCL-25, la phrase d'introduction, les quatre adjectifs caractérisant le niveau de cotation pour chaque item et deux propositions relatives à l'utilisation de l'outil.

La majorité des réponses (87,5 %) a été collectée dans le temps imparti (moins de 2 semaines) ; le reste a eu jusqu'à quinze jours de retard. Il s'agissait des réponses des experts 3 et 4.

Sur l'ensemble de la HSCL-25, quatorze propositions de traduction ont été acceptées par les experts dès le premier tour. Dix-huit propositions n'ont pas obtenu cet accord. Elles ont dû être reformulées pour un second tour en utilisant les commentaires colligés.

Des commentaires convergents d'experts ont émergé pour certaines propositions non acceptées. Par exemple, la traduction initiale de "Sleep disturbance" n'a pas été validée et la majorité des commentaires proposait de remplacer la traduction « Vous n'arrivez pas à dormir » par « Votre sommeil était perturbé ». (Annexe 3)

Ce type de commentaire a été anonymisé par l'investigateur national et transmis au traducteur pour une nouvelle proposition en vue de la deuxième ronde.

Items	A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	B	C	D	E	F	G	
FP																																	
1	9	9	9	5	9	9	1	7	9	4	6	9	9	9	7	9	9	6	9	6	6	5	8	4	8	5	5	9	9	9	9	5	
2	7	7	7	7	7	7	5	8	9	5	7	7	7	9	5	8	7	4	7	7	7	9	9	5	9	4	8	8	8	8	8	8	
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	7	7	7	7	4	
4	6	9	9	5	9	9	5	9	9	6	6	9	9	7	5	6	8	8	9	9	8	8	9	9	9	6	6	6	6	8	8	6	
5	4	9	9	3	6	6	7	9	9	6	5	6	9	9	8	9	9	8	8	8	8	9	9	9	6	5	7	3	3	3	3	4	
6	6	7	6	3	8	9	7	8	8	6	6	6	6	7	6	6	6	6	6	8	6	6	6	6	8	5	6	3	3	3	3	1	
7	8	9	7	6	9	8	7	8	9	8	8	7	8	8	9	8	8	9	8	7	8	8	8	9	7	8	7	8	8	8	7	9	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	3	8	8	3	8	8	8	8	8	8	8	8	6	8	8	8	6	5	9	8	9	9	8	
9	9	6	9	8	9	9	9	9	9	6	6	9	6	6	6	6	6	6	4	9	6	4	9	6	6	5	7	9	9	9	9	6	
10	6	9	9	7	9	8	8	9	9	9	9	9	7	9	9	9	9	9	8	9	7	9	9	9	8	6	9	9	9	9	9	9	
11	5	7	8	5	7	6	5	5	5	6	5	7	5	7	4	6	4	4	8	3	5	4	8	3	7	4	3	8	3	7	7	2	
12	6	8	6	5	8	6	6	8	9	8	7	6	8	8	6	8	8	7	7	8	7	6	6	6	8	6	6	9	8	8	9	6	
13	5	9	9	8	9	6	8	8	9	5	9	8	8	9	9	9	9	5	9	9	9	6	7	4	9	4	8	9	9	9	9	5	
14	6	6	6	5	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	8	6	7	7	7	7	6	6	6	8	6	8	8	6	
15	9	8	8	9	9	8	9	9	9	9	9	9	8	6	8	6	8	8	9	6	8	8	8	6	9	9	7	9	9	9	9	6	
16	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7	8	8	9	8	5	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7
17	6	1	1	9	9	9	9	9	9	1	1	9	1	1	5	1	1	1	1	9	1	1	9	1	1	1	9	9	9	9	9	1	
18	8	8	8	7	8	8	8	8	8	8	8	7	8	8	8	8	8	6	8	8	8	8	8	8	8	7	8	9	7	9	9	8	
Nombre de Score ≥7 pour 16 FP	7	13	12	7	13	10	9	13	13	5	8	12	11	13	8	10	12	9	13	11	11	8	13	7	12	3	8	13	11	14	14	5	

Table 2: Score des différentes propositions de la première ronde par chaque expert  
- En grisé, propositions non acceptées  
- A : Première proposition, de 1 à 25 : les 25 items de la HSCL-25, BCDE : les quatre cotations par item, FG : deux propositions sur l'utilisation de l'outil

Le délai prévu par le protocole entre les deux rondes a été respecté. La deuxième ronde a été lancée treize jours après la fin de la première ronde. Il n'y a pas eu plus de quatre semaines entre les deux rondes.

L'équipe de traduction a proposé dix-huit nouvelles traductions en français des propositions non validées du premier tour, en utilisant les commentaires des experts.

- La deuxième ronde Delphi (Table 3) :

Le délai prévu de la ronde fut, comme lors de la première ronde, respecté par la majorité des experts (80%). Les réponses des experts 2, 9 et 13 ont dépassé d'une semaine maximum le délai prévu par le protocole.

Toutes les nouvelles propositions de l'équipe de traduction ont été acceptées durant la ronde.

Le protocole a été respecté, toutes les notes ont été récupérées et tous les mails ont été envoyés séparément.

Items	A	3	5	6	9	10	12	14	15	17	19	20	21	23	25	B	D	G
FP																		
1	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
2	9	7	8	8	9	8	9	8	9	8	7	7	8	8	8	9	8	9
4	9	9	9	9	9	8	9	9	9	9	9	8	9	9	9	9	9	9
5	8	6	8	7	1	3	3	3	6	8	8	8	5	7	9	9	9	6
6	8	8	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7	4	4
7	7	8	8	8	8	8	8	7	8	8	8	9	8	8	9	8	9	8
8	8	8	6	8	8	8	8	5	5	8	8	5	8	8	8	5	8	8
9	9	9	9	9	9	9	6	9	9	9	9	9	9	9	9	6	9	9
10	6	5	5	5	6	6	8	6	5	8	8	6	8	7	8	8	7	7
11	8	8	9	9	9	9	9	9	9	7	6	8	9	7	9	9	5	8
12	6	8	9	6	8	8	6	6	6	9	8	7	8	8	9	5	7	6
13	7	8	9	8	9	7	9	8	8	9	9	9	9	8	9	9	6	8
14	8	8	8	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	6	8	5	8	8
15	9	7	9	9	9	8	9	8	9	9	9	8	9	9	9	9	9	9
16	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
17	9	9	9	9	1	1	9	9	9	9	9	9	1	9	9	9	9	1
18	8	8	8	7	8	8	8	8	7	8	8	8	8	8	8	8	7	8
Nombre de Score $\geq 7$ pour 15 FP	13	13	13	13	13	13	12	11	11	15	14	13	14	14	15	11	12	12

Table 3 : Score des différentes propositions par les experts lors de la deuxième ronde

## 2.4. Traduction retour

La traduction validée de l'échelle en français a été traduite en anglais par un traducteur indépendant en simple aveugle, ne connaissant pas la version initiale en anglais. Ce traducteur n'a également pas communiqué avec le traducteur de l'équipe de traduction aller.

Cette version a été récupérée ensuite par l'investigateur national et le groupe pilote et incluse dans l'ensemble du travail.

On note des différences entre la version initiale en anglais et la version retour pour certaines propositions. Le sens des mots, la syntaxe, les cotations ainsi que la force des propositions semblent être différentes possiblement en lien avec les particularités propres à la langue française. La comparaison des deux formes anglaises permettra l'analyse culturelle. Cela complètera cette étude pour s'assurer de la conservation du sens de la traduction linguistique anglo-française.

## 2.5. Résultat final

Quatorze propositions sur trente-deux ont été acceptées dès le premier tour, dix-huit propositions reformulées ont été acceptées au second tour. La traduction complète de la HSCL-25 avec ses cotations par items et son mode d'utilisation a été obtenue en deux tours avec un groupe de seize experts à la fin du premier tour et de quinze experts à la fin du deuxième tour (Annexe 4).

## 2.6. Résultats globaux (table 4 & 5)

	VERSION ORIGINALE ANGLAISE	Propositions refusées à l'issu de la première ronde	Score $\geq 7$ 1 <sup>er</sup> round /16	Score $\geq 7$ Round 2 /15	VERSION FRANCAISE	VERSION RETOUR ANGLAISE
<b>A</b>	Choose the best answer for how you felt over the past week	Veillez choisir la réponse qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti durant chaque jour de la semaine dernière	7	13	Veillez choisir la réponse qui décrit le mieux comment globalement vous vous sentiez toute la semaine dernière	Please choose the answer that describes best how you generally felt throughout last week.
1	Being scared for no reason		13		Vous aviez peur sans raison	You felt scared without any reason
2	Feeling fearful		12		Vous vous sentiez effrayé	You felt frightened
3	Faintness	Vous avez eu des malaises sans perdre connaissance	7	13	Vous aviez une sensation d'étourdissement	You felt dizzy
4	Nervousness		13		Vous vous sentiez nerveux	You felt nervous
5	Heart racing	Vous avez eu l'impression que votre cœur battait vite	10	13	Vous aviez l'impression que votre cœur battait anormalement vite	You felt that your heartbeat was abnormally fast
6	Trembling	Vous vous êtes senti tremblant	9	13	Vous aviez la sensation de tremblement	You had a shaky feeling
7	Feeling tense		13		Vous vous sentiez tendu	You felt tense
8	Headache		13		Vous aviez des maux de tête	You had headaches
9	Feeling panic	Vous vous êtes senti paniqué	5	13	Vous vous sentiez paniqué	You felt panicked
10	Feeling restless	Vous étiez agité	8	13	Vous vous sentiez agité	You felt agitated
11	Feeling low in energy		12		Vous manquiez d'énergie	You didn't have any energy
12	Blaming oneself	Vous aviez tendance à vous culpabiliser	11	12	Vous ressentiez une sensation de culpabilité	You felt guilty
13	Crying easily		13		Vous pleuriez facilement	You cried easily
14	Losing sexual interest	Vous n'aviez plus d'envie sexuelle	8	11	Vous ressentiez un désintérêt pour la vie sexuelle	You were not interested in sex
15	Feeling lonely	Vous vous sentiez seul	10	11	Vous aviez la sensation de solitude	You felt lonely
16	Feeling hopeless		12		Vous vous sentiez désespéré	You felt hopeless
17	Feeling blue	Vous étiez triste sans raison	9	15	Vous aviez le cafard	You felt down
18	Thinking of ending one's life		13		Vous aviez pensé à mettre fin à votre vie	You thought about ending your own life
19	Feeling trapped	Vous vous êtes senti pris au piège	11	14	Vous vous sentiez pris au piège	You felt trapped
20	Worrying too much	Vous aviez tendance à être trop inquiet	11	13	Vous vous inquiétiez trop	You worried too much
21	Feeling no interest	Vous n'aviez plus d'intérêt	8	14	Vous n'étiez plus intéressé par quoi que ce soit	You weren't interested in anything any more
22	Feeling that everything is an effort		13		Tout était un effort pour vous	Everything was an effort for you
23	Worthless feeling	Vous vous sentiez sans valeur	7	14	Vous aviez le sentiment d'être nul, bon à rien	You felt rubbish, good for nothing
24	Poor appetite		12		Vous aviez perdu l'appétit	You lost your appetite
25	Sleep disturbance	Vous n'arrivez plus à dormir	3	15	Votre sommeil était perturbé	Your sleep was disturbed

Table 4 : Version originale de HSCL-25 / traduction validée aller / traduction retour



<b>VERSION ORIGINALE ANGLAISE</b>	1. "Not at all"		2. "A little"		3. "Quite a bit"		4. "Extremely"		
	The HSCL-25 score is based on pencil-and-paper self-report of 25 questions about the presence and intensity of anxiety and depression symptoms over the last week. Participants answer to one of four categories for each item on a four-point scale ranging from 1.00 to 4.00								
	The HSCL-25 score is calculated by dividing the total score (sum score of items) by the number of items answered (ranging between 1 and 4). It is often used as the measure of distress. The patient is considered as a "probable psychiatric case" if the mean rating on the HSCL-25 is $\geq 1.55$ . A cut-off value of $\geq 1.75$ is generally used for diagnosis of major depression defined as "a case, in need of treatment". This cut-off point is recommended as a valid predictor of mental disorder as assessed independently by clinical interview, somewhat depending on diagnosis and gender. The administration time of HSCL 25 is 5 to 10 minutes.								
Propositions refusées à l'issu de la première ronde (avec score $\geq 7$ )	11/16			2. "Assez d'accord"					
	8/16	Le HSCL-25 est un auto-questionnaire en 25 questions relatives à la présence et l'intensité des symptômes d'anxiété et de dépression durant la dernière semaine pleine. Les participants répondent à chaque proposition, sur une échelle en quatre points, cotée de 1 à 4.							
	5/16	Le score du HSCL- 25 est calculé en divisant la somme des cotations des propositions par le nombre de réponses reçues. Le résultat final est compris de 1.00 à 4.00. Il est couramment utilisé pour mesurer la détresse psychologique. Le patient est considéré comme « probablement psychiatrique » si le score moyen du HSCL-25 est 1,55. Un score 1,75 diagnostique généralement la dépression majeure et défini « un patient nécessitant un traitement ». Ce score est considéré comme un score prédictif validé des troubles mentaux. Il a été évalué de manière indépendante par des études cliniques. Il varie peu quelque-soit les situations diagnostiques et le sexe. Le temps d'administration de HSCL-25 est de 5 à 10 minutes.							
<b>VERSION FRANCAISE</b> (avec score $\geq 7$ )	13/16	12/15	14/16	14/16	1. "Pas du tout d'accord"	2. "Un peu d'accord"	3. "Plutôt d'accord"	4. "Complètement d'accord"	
	11/15	La HSCL-25 est un auto-questionnaire en 25 questions relatives à la présence et à l'intensité des symptômes d'anxiété et de dépression durant toute la semaine dernière. Les participants cotent chaque proposition, sur une échelle en quatre points, cotée de 1 à 4.							
	12/15	Le score du HSCL- 25 se calcule en divisant la somme des cotations des propositions par le nombre de réponses reçues. Le résultat final est compris entre 1,00 à 4,00. Il est couramment utilisé pour mesurer la souffrance psychologique. Le patient est considéré comme « probablement atteint d'une maladie psychiatrique » si le score moyen du HSCL-25 est supérieur ou égal à 1,55. Un score supérieur ou égal à 1,75 diagnostique généralement une dépression majeure et défini « un patient nécessitant un traitement ». Ce seuil est considéré comme un score prédictif validé des troubles mentaux. Il a été évalué de manière indépendante par des études cliniques. Il varie peu quelles que soient les situations diagnostiques et le sexe. Remplir le questionnaire HSCL-25 prend entre 5 et 10 minutes.							
<b>VERSION RETOUR ANGLAISE</b>	1. "Strongly disagree"		2. "Agree a little"		3. "Rather agree"		4. "Completely agree"		
	The HSCL-25 is a self-assessment questionnaire with 25 questions relating to the presence and intensity of anxiety and depression symptoms during the whole of the previous week. The people taking part rate each statement, on a four point scale, ranging from 1 to 4.								
	The score of the HSCL-25 is calculated by dividing the sum of the statement ratings by the number of collected answers. The final result ranges from 1,00 to 4,00. It is currently used to measure psychological suffering. The patient is considered to be "probably suffering from a mental illness" if the average score of the HSCL-25 is higher or equal to 1,55. A score that is higher or equal to 1,75 generally reveals a major depression and indicates that "a patient needs treatment". This threshold is considered to be a validated predictive score for mental disorders. It has been assessed by independent clinical studies. It varies little regardless of diagnostic context and gender. Filling in the HSCL-25 questionnaire takes between 5 and 10 minutes.								

Table 5 : Version originale des consignes de l'HSCL-25 / traduction aller / traduction retour

## Discussion

### 3.1. Forces de cette étude

Une version française de l'HSCL-25 existe maintenant. Cette traduction a été réalisée grâce à une procédure permettant une stabilité linguistique lors de la transcription d'une langue à une autre. Le choix raisonné d'un groupe d'experts de taille suffisante, a permis de conserver les caractéristiques de cet outil : être un outil diagnostique de la dépression en soins primaires, en médecine générale ; que ce soit dans un pays de langue anglaise ou de langue française.

Les précédentes traductions d'autres formes de la HSCL (HSCL-37, ...) n'avaient pas permis de garder cette stabilité linguistique par leur mode de traduction (44,45,51). Ce travail était une réelle nouveauté, par la reproductibilité assurée du résultat de traduction.

- L'HSCL-25, un auto questionnaire validé :

L'HSCL 25 est un outil d'aide au diagnostic stable, rapide et efficace, cela étant démontré par les étapes une et deux de la FPDM ainsi que d'autres études (32,33,69).

Ce questionnaire est validé versus DSM en anglais (10,30,44).

- La qualité de la méthodologie :

L'ensemble du protocole initial a été respecté tout au long de l'étude. La traduction française de l'HSCL-25 a été obtenue en utilisant des outils connus et réputés pour conserver cette stabilité, un processus Delphi et une échelle de Likert (37,38,41,42).

Le processus Delphi est une opportunité pour des experts anonymes de communiquer leur opinion, de la comparer à celle des autres et de la reconsidérer en fonction des propositions issues du groupe (70–72). L'anonymat permis par le Delphi réduit l'inhibition retrouvée classiquement dans un processus de décision de groupe.

La notation des propositions via une échelle de Likert renforce et quantifie le sentiment d'agrément à la traduction proposée sur une échelle symétrique linéaire (50,53,57,65).

La procédure Delphi était adaptée pour évaluer une question rapidement, avec un faible coût et sans contrainte géographique.

Elle permettait d'obtenir une tendance convergente à partir de divers éléments subjectifs. Il s'agissait aussi d'un consensus reproductible d'opinion (43,59).

La flexibilité et l'adaptabilité du Delphi étaient largement illustrées dans la littérature (41,70,73–76). Le contrôle des éléments de retour entre les rondes limitait la perte d'information durant tout le travail (77).

- Sélection du panel :

Le choix d'un panel d'experts médecins généralistes permettait d'apporter une vision du spécialiste en soins primaires utile en pratique quotidienne. Le protocole Delphi imposait qu'ils soient qualitativement représentatifs et variés (41,42).

Le panel des deux rondes était comparable, un seul expert n'a pas participé à la deuxième ronde. La proportion d'hommes était légèrement supérieure à celle des femmes.

En France, la constitution du groupe d'experts a été plus compliquée que dans les autres pays d'Europe ayant effectué le même travail, car le nombre d'experts en soins primaires est faible. Ce groupe d'experts n'aurait probablement pas été envisageable il y a une dizaine d'années et sera utile pour les prochaines étapes de ce travail.

Ces difficultés ont demandé un travail de préparation pointilleux pour respecter la bonne reproductibilité et la validité intrinsèque de la procédure.

Les deux panels respectaient une majorité d'experts universitaires.

- Il s'agissait d'un travail coopératif de recherche :

Ce travail s'inclutait dans une étude coopérative européenne répondant à un besoin des médecins généralistes en Europe (29,30,34).

La répétition du même travail dans les autres pays renforçait la valeur globale des résultats obtenus.

L'un des objectifs de cette recherche était de créer un outil de diagnostic utilisable dans différents pays européens en recherche en soins primaires (39).

- Une possibilité de « feedback » pour une analyse culturelle des différences :

La traduction retour a été obtenue dans le même temps que l'ensemble en respectant un processus d'établissement en aveugle de l'original.

Ce principe de traduction aller-retour permettra d'avoir la possibilité d'analyser les différences culturelles. Ce travail sera prolongé dans un futur proche.

## 3.2. Limites du travail

### - Biais d'information :

L'investigateur national a organisé les rondes Delphi comme prévu par le protocole : les traductions ont été envoyées à chaque expert séparément, par mail.

Les participants ont eu le même accès à toutes les données.

Tous les commentaires de la fin de la première ronde pour les phrases non validées ont été collectés, anonymisés et transmis à l'équipe de traduction par l'investigateur national (Annexe 3).

Le groupe pilote n'a pas eu d'influence sur les réponses des experts ni sur les résultats intermédiaires.

Il n'y a pas de biais d'information retrouvé.

### - Caractéristiques de l'échantillonnage et biais de sélection :

Les caractéristiques d'échantillon, dans toutes recherches, qu'elles soient des méthodes qualitatives ou quantitatives, sont toujours à discuter (78). Le processus Delphi reste également dépendant de l'expérience et des connaissances des experts choisis (77).

Le choix du panel a son importance :

D'un côté, les experts ont été choisis avec précaution pour obtenir le maximum de diversité en respectant le protocole :

Ils respectaient des critères communs d'inclusion, être médecin généraliste français, avoir le français comme langue maternelle, être compétent en anglais.

Des universitaires et des non universitaires étaient présents.

Leurs lieux d'exercice étaient variés ainsi que leur expérience, leur âge, leur sexe.

Le nombre d'experts était suffisant pour une procédure Delphi à la fin de chaque ronde (supérieur ou égal à 15 participants)

D'un autre côté, l'homogénéité du groupe était également recherchée avec des experts appartenant tous à une même catégorie qualitative (76,79–82), médecins généralistes pour la plupart enseignants, voire chercheurs de plusieurs régions françaises.

L'expert numéro 3 n'a pas participé à la deuxième ronde. Un biais a pu être créé entre les deux rondes, pouvant être résolu en excluant ses réponses de la première ronde pour obtenir exactement le même panel dans les deux rondes. Cette non-inclusion aurait eu comme conséquence, la validation des propositions 12,19 et 20 dès la première ronde. La différence linguistique obtenue mériterait d'être analysée par la suite.

Il n'y a pas de biais majeur de sélection compte tenu du respect des caractéristiques de l'échantillon.

- Biais de confusion :

Une traduction aller-retour est un processus de consensus internationalement reconnu d'adaptation d'un instrument (35).

La traduction aller cherchait à éviter toute perte de sens liée au passage de l'anglais au français. Une attention toute particulière a été mise en œuvre dans le choix des traducteurs habitués à la terminologie de la santé.

Le non-respect total du délai de réponse durant les rondes rendait possible des interventions extérieures (63,67).

Au vu de la complexité de création du groupe d'experts en France et de la contrainte du nombre de réponses d'experts à la fin de chaque ronde, ce biais était difficilement évitable.

Malgré tout, la majorité des réponses respectaient les échéances prévues et le temps entre les rondes a été conforme au protocole, minimisant la possibilité de ce biais.

Chaque expert a signifié son jugement individuellement, de manière anonyme, en aveugle des autres réponses. Il n'y a pas eu d'effet d'opinion leader constatée régulièrement dans les travaux de groupes. Les conflits d'intérêt sont donc absents.

Le processus Delphi entraîne néanmoins une légère dilution des commentaires du fait de l'effet du groupe.

Il a également un manque constitutionnel de clarté dans la manière dont le consensus doit être défini. Cette faiblesse méthodologique a nécessité l'utilisation d'un outil de décision (77), l'échelle de Likert pour ce travail, permettant d'obtenir une définition moins critiquable du consensus.

Pour s'assurer de l'homogénéité des réponses, une traduction retour était nécessaire. L'équipe de traduction retour l'a réalisé en aveugle de l'original, suivant le protocole.

Tous ces éléments ont diminué le biais de confusion de cette étude, qui peut être considéré comme nul (62,67,78).

Un dernier biais qui s'apparenterait à un biais de confusion est celui de l'influence culturelle. Une analyse méta-ethnographique doit être produite après ce travail et devrait préciser ce biais. Ce contrôle culturel examinera tous les changements de sens, de conjugaison et de syntaxe.

## Conclusion

Cette troisième phase de l'étude de la FPDM, a permis d'utiliser une procédure Delphi pour valider une traduction aller en français de l'échelle HSCL-25, complétée par une traduction retour en anglais en aveugle de l'original.

La traduction validée en français a été obtenue après deux rondes Delphi.

Cette procédure a été effectuée par des traducteurs et un panel de médecins généralistes experts. Le panel de ces experts est riche de diversité mais également cohérent vis-à-vis des objectifs de l'étude. Une traduction complète de l'outil en français a été produite.

La HSCL-25 a été traduite avec une méthode adaptée à la recherche qualitative. La procédure Delphi est efficace pour obtenir une recommandation convergente rapidement.

Le même travail a été conduit en Europe dans les pays participants à la FPDM. Il existe désormais une traduction dans différentes langues, construite suivant le même protocole.

L'outil obtenu pourra être utile pour une recherche européenne, pour la communication avec nos collègues spécialistes ainsi que pour l'aide au diagnostic en soins primaires.

Ce travail collaboratif en soins primaires en Europe est important car il peut permettre des comparaisons effectives du diagnostic et des prises en charge en médecine générale dans différents systèmes de santé. Les chercheurs en soins primaires pourront échanger plus objectivement avec leurs autorités de tutelle, et leurs confrères sur la prévalence, l'incidence et les traitements observés en premier recours.

Toute traduction comprend, sans être forcément évident, des acquis culturels, linguistiques et ethniques différents selon les pays. Un contrôle culturel sera produit prochainement pour contrôler tout changement de sens entre la version initiale de l'échelle et la traduction retour dans chaque pays de l'étude FPDM.

La quatrième étape de l'étude FDPM consistera à tester l'échelle dans chaque langue pour vérifier la faisabilité, la praticité et l'efficacité de cet outil dans la pratique courante.

## Bibliographie

1. Ayuso-Mateos JL. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2001 Oct 1;179(4):308–16.
2. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004 Jun 2;291(21):2581–90.
3. Dezetter A, Briffault X, Alonso J, Angermeyer MC, Bruffaerts R, de Girolamo G, et al. Factors associated with use of psychiatrists and nonpsychiatrist providers by ESEMeD respondents in six European countries. *Psychiatr Serv*. 2011 Feb;62(2):143–51.
4. Starfield B. Global health, equity, and primary care. Et Al XY, editor. *J Am Board Fam Med JABFM*. *Am Board Family Med*; 2007;20(6):511–3.
5. McMillan D, Gilbody S. A stepped care intervention is effective for elderly people with subthreshold depression or anxiety. *Evidencebased Ment Heal*. 2009;12(4):115.
6. König H-H, Heider D, Lehnert T, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC, Matschinger H, et al. Health status of the advanced elderly in six European countries: results from a representative survey using EQ-5D and SF-12. *Health Qual Life Outcomes*. 2010 Jan;8(1):143.
7. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A. Multimorbidity is common to family practice: is it commonly researched? *Can Fam Physician*. *College of Family Physicians of Canada*; 2005;51(2):245.
8. Van 't Veer-Tazelaar N, Van Marwijk H, Van Oppen P, Nijpels G, Van Hout H, Cuijpers P, et al. Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of a generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety an. *BMC Public Health*. 2006;6(1):186.
9. Wittkampf KA, Zwieten M Van, Smits FT, Schene AH. Patients ' view on screening for depression in general practice. *Fam Pract*. 2008;25:438–44.
10. Ronalds C, Creed F, Stone K, Webb S, Tomenson B. Outcome of anxiety and depressive disorders in primary care. *Br J Psychiatry*. 1997;171(5):427–33.
11. Francher T, Kravitz R. In the clinic, Depression. American, editor. *Ann Intern Med*. 2010;152(9):1–16.

12. Sharp LK, Ph D, Lipsky MS. Screening for Depression Across the Lifespan : A Review of Measures for Use in Primary Care Settings. *Am Fam Physician*. 2002;66(6):1001–8.
13. Jorm a. F. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000 Nov 1;177(5):396–401.
14. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S, Infi R. Clinical diagnosis of depression in primary care : a meta-analysis. *Lancet*. Elsevier Ltd; 2009;374(1474-547X):609–19.
15. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M, Starfi B. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. American Academy of Family Physicians; 2009;7(4):357–63.
16. Hamilton M. A rating scale for Depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. *BMJ*; 1960;23(1):56–62.
17. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Psychotropic drug utilization in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders ( ESEMeD ) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;109:55–64.
18. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Spigset O, Wyller TB, Straand J. The Norwegian General Practice (NORGEP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. *Scand J Prim Health Care*. 2009 Jan;27(3):153–9.
19. Van't Veer-Tazelaar P, Smit F, van Hout H, van Oppen P, van der Horst H, Beekman A, et al. Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2010 Apr;196(4):319–25.
20. Harkness E, Macdonald W, Valderas J, Coventry P, Gask L, Bower P. Identifying psychosocial interventions that improve both physical and mental health in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2010 Apr;33(4):926–30.
21. Dozeman E, Van Schaik D, Beekman A, Stalman W, Bosmans J, Van Marwijk H. Depression and anxiety, an Indicated Prevention (DIP) protocol in homes for the elderly: feasibility and (cost) effectiveness of a stepped care programme. *BMC Geriatr*. 2007;7(1):6.
22. Kendler KS, Gardner CO. Boundaries of Major Depression : An Evaluation of DSM-IV Criteria. *Psychiatry Interpers Biol Process*. 1998;(February):172–7.
23. Terluin B, Van Marwijk HWJ, Adèr HJ, de Vet HCW, Penninx BWJH, Hermens MLM, et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*. BioMed Central; 2006 Jan;6:34.



24. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. International comparison of clinicians' ability to identify depression in primary care: meta-analysis and meta-regression of predictors. *Br J Gen Pract.* 2011 Feb;61(583):e72–80.
25. Lehti A, Hammarström A, Mattsson B. Recognition of depression in people of different cultures : a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2009;10(53):1–9.
26. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv Washingt DC.* 2007;58(2):213–20.
27. Bernert S, Matschingera H, Alonsob J, Haroc JM, Brughad TS, Angermeyera MC, et al. Is it always the same? Variability of depressive symptoms across six European countries. 2013;168(2):137–44.
28. Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM, et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J psychiatry.* 2007 Apr;190(4):299–306.
29. Codony M, Alonso J, Almansa J, Bernert S, de Girolamo G, de Graaf R, et al. Perceived need for mental health care and service use among adults in Western Europe: results of the ESEMeD project. *Psychiatr Serv.* 2009 Aug;60(8):1051–8.
30. Licht-Strunk E, Windt D Van Der, Van Der Windt DAWM, Van Marwijk HWJ, De Haan M, Beekman ATF. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Fam Pract.* 2007;24(2):168–80.
31. Nabbe P, Le Reste JY, Le Prielec A, Robert E. Systematic literature review: what validated tools are used to screen or diagnose depression in general practice? *Eur J Gen Pr.* 2012;18(3):159–80.
32. Strand BH, Dalgard ODDS, Tambs K. Measuring the mental health status of the Norwegian population : A comparison of the instruments SCL-25 , SCL-10 , SCL-5 and MHI-5 ( SF-36 ). *Psychiatry Interpers Biol Process.* 2003;57(2):113–8.
33. Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *Am J Psychiatry.* 2004;161(12):2163–77.
34. Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value Health.* 2008;11(3):509–21.
35. Campbell R, Pound P, Morgan M, Daker-White G, Britten N, Pill R, et al. Evaluating meta-ethnography: systematic analysis and synthesis of qualitative research. *Heal Technol Assess Winchester Engl. School of Social and Community Medicine, University of Bristol, Bristol, UK.;* 2011;15(43):1–164.

36. Sandanger I, Moum T, Ingebrigtsen G, Dalgard OS, Sørensen T, Bruusgaard D. Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Springer; 1998;33(7):345–54.
37. Ludwig B. Predicting the Future: Have you considered using the Delphi Methodology? *J Ext*. 1997;35(5):1–4.
38. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *Bmj Clin Res Ed. Br Med Assoc*; 1995;311(7001):376–80.
39. Le Reste JY, Nabbe P, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, Czachowski S, et al. A research group from the European General Practice Research Network (EGPRN) explores the concept of multimorbidity for further research into long term care. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Feb;14(2):132–3.
40. Morvan Y, Prieto A, Briffault X, Blanchet A, Dardennes R, Rouillon F, et al. La dépression en France : Prévalence, facteurs associés et consommation de soins. *Baromètre santé 2005*. 2007;459–85.
41. Dalkey NC. The Delphi Method: An Experimental Study of Group. 1969. p. 1–87.
42. De Villiers MR, De Villiers PJ. The Delphi technique in health sciences education research. *Med Teach*. 2005;27(7):639–43.
43. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011 Apr;17(2):268–74.
44. Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Validation of the multiple language versions of the Hopkins Symptom Checklist-37 for refugee adolescents. *Adolescence*. 2007;42(165):51–71.
45. Keller A, Lhewa D, Rosenfeld B, Sachs E, Aladjem A, Cohen I, et al. Traumatic experiences and psychological distress in an urban refugee population seeking treatment services. *J Nerv Ment Dis*. 2006 Mar;194(3):188–94.
46. Fortin M, Coutu-Wakulczyk G. Contribution to the validation of the SCL-90-R in French-speaking women. *Heal care women int*. 1980;10(1):27–41.
47. Pichot P, Dreyfus J. Prediction test of nomifensine prescription from symptomatic pre-therapeutic status. *Nouv Press Med*. 1978;7(26):2313–6.
48. Kermarrec S. Le devenir de l'annorexie mentale de l'adolescente: à propos de 144 cas. Suivi d'une expérience nanceienne. *Henri Poincaré Nancy I*; 2005. p. 199.

49. Pesquidous JC. Le dépistage chez les adolescents en Médecine Générale; Elaboration et évaluation d'un auto questionnaire de dépistage chez l'adolescent. Université Médecine Paris 7 Diderot; 2013. p. 1–90.
50. Fouchier C De, Blanchet A, Hopkins W, Bui E, Ait-aoudia M, Jehel L. Validation of a French adaptation of the Harvard Trauma Questionnaire among torture survivors from sub-Saharan African countries. *Eur J Psychotraumatology*. 2012;3:1–9.
51. Devarenne-Megas H. Psychopathologie et insertion sociale des migrants polonais en France. *Rev Eur Migr Int*. 2014;19(2003):1–18.
52. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behav Sci*. 1974;19(1):1–15.
53. Sandanger I, Moum T, Ingebrigtsen G, Sorensen T, Dalgrad OS, Bruusgaard. The meaning and significance of caseness : the Hopkins Symptom schecklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview II. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(1):53–9.
54. Halepota AA, Wasif SA. Hopkins Symptoms Checklist 25 (HSCL-25) Urdu translation: an instrument for detecting anxiety and depression in torture and trauma victims. *J Pak Med Assoc*. 2001 Jul;51(7):255–7.
55. Nettelblatt P, Hansson L, Stefansson C, Borgquist L. Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 ( HSCL-25 ) in Sweden , using the Present State Examination ( PSE-9 ) as a caseness criterion. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1993;28(3):130–3.
56. Mouanoutoua VL, Brown LG. Hopkins Symptom Checklist-25, Hmong version: a screening instrument for psychological distress. *J Pers Assess*. 1995;64(2):376–83.
57. Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs*. 2004 Oct;48(2):175–86.
58. World Health Organization. Management of substance abuse; Process of translation and adaptation of instruments: Forward/Backward. 2012.
59. Hartman A. Reaching consensus using the delphi technique. *Educ Leadersh*. 1981;495–7.
60. Crutzen R, de Nooijer J, Brouwer W, Oenema A, Brug J, de Vries NK. Internet-delivered interventions aimed at adolescents: a Delphi study on dissemination and exposure. *Health Educ Res*. 2008 Jun;23(3):427–39.
61. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: Review of original methods and their main alternatives used in public health. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2008 Dec;56(6):e13–e21.

62. Letriliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *exercer*. 2011;99(99):170–7.
63. Romm FJ, Hulka BS. Developing criteria for quality of assessment: effect of the Delphi technique. *Health Serv Res*. 1979;14(4):309–12.
64. Hearnshaw HM, Harker RM, Cheater FM, Baker RH, Grimshaw GM. Expert consensus on the desirable characteristics of review criteria for improvement of health care quality. *Qual Heal Care*. 2001;10(3):173–8.
65. TERASTO, Guttman A, Lougheed MD, Gershon AS, Dell SD, Stanbrook MB, et al. Evidence-based performance indicators of primary care for asthma: a modified RAND Appropriateness Method. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care ISQua*. 2010;22(6):476–85.
66. Hassan TB, Barnett DB. Delphi type methodology to develop consensus on the future design of EMS systems in the United Kingdom. *Emerg Med J*. 2002;19(2):155–9.
67. Goodman CM. The Delphi technique: a critique. *J Adv Nurs*. 1987;12(6):729–34.
68. Vos E De, Spivak H, Hatmaker-flanigan E, Sege RD. A Delphi Approach to Reach Consensus on Primary Care Guidelines Regarding Youth. *Off J Am Acad Pediatr*. 2006;118(4):e1109–e1115.
69. CNHIM, Guelfi J. Milnacipram, venlafaxine, mirtazapine dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs. *Doss du CNHIM*. 2002;23(4):102.
70. Tomasik T. Reliability and validity of the Delphi method in guideline development for family physicians. *Qual Prim Care*. 2010;18(5):317–27.
71. Holey EA, Feeley JL, Dixon J, Whittaker VJ. An exploration of the use of simple statistics to measure consensus and stability in Delphi studies. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:52.
72. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, Sanderson C, Askham J. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess (Rockv)*. 1998;2(3):1–100.
73. Williams PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. *J Adv Nurs*. 1994;19(1):180–6.
74. Michel P, Salmi LR. Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013;56(6):415–23.

75. Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14:319–25.
76. Aubin-auger I, Mercier A, Baumann L, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *exercer.* 2008;19:142–5.
77. Powell C. The Delphi technique : myths and realities. *J Adv Nurs.* 2003;41(4):376–82.
78. Stewart J. Is the Delphi technique a qualitative method ? *Med Educ.* 2001;35(10):922–3.
79. Ajar D, Dassa C, Gougeon H. L'échantillonnage et le problème de la validité externe de la recherche en éducation. *Rev Sci Edu.* 1983;9(1):3.
80. Touboul P, CNGE Nice. Guide methodologique pour réaliser une these qualitative. 2013;1–13.
81. Frappé P. Initiation à la recherche. 2011.
82. Baribeau C, Germain M. L ' entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Rech Qual.* 2010;29(1):28–49.

## Sommaire

- Autorisation d'impression	p 7
- Remerciements	p 8
- Serment d'Hippocrate	p 9
- Listes des abréviations	p 10
- Résumé	p 11
- Introduction	p 13
- Contexte	p 14
- Méthode	p 15
- Résultats	p 18
- Discussion	p 25
- Conclusion	p 29
- Bibliographie	p 30
- Sommaire	p 37
- Annexes	p 38
Annexe 1 : Original HSCL-25	p 38
Annexe 2 : Informations et consentement	p 39
Annexe 3 : Première ronde Delphi avec les commentaires	p 42
Annexe 4 : Seconde ronde Delphi	p 46
Annexe 5 : Exemple de version française de la HSCL préexistante	p 48

# Annexes

## Annexe 1 : HSCL-25 Hopkins Symptom Checklist 25



### Département Universitaire de Médecine Générale

22, avenue Camille Desmoulins CS 93837 – 29238 – Brest CEDEX 3  
Tél : 02 98 01 65 52 – fax : 02 98 01 64 74

Choose the best answer for how you felt over the past week:

Items	1 : “Not at all”	2 : “A little”	3 : “Quite a bit”	4 : “Extremely”
1	Being scared for no reason			
2	Feeling fearful			
3	Faintness			
4	Nervousness			
5	Heart racing			
6	Trembling			
7	Feeling tense			
8	Headache			
9	Feeling panic			
10	Feeling restless			
11	Feeling low in energy			
12	Blaming oneself			
13	Crying easily			
14	Losing sexual interest			
15	Feeling lonely			
16	Feeling hopeless			
17	Feeling blue			
18	Thinking of ending one’s life			
19	Feeling trapped			
20	Worrying too much			
21	Feeling no interest			
22	Feeling that everything is an effort			
23	Worthless feeling			
23	Poor appetite			
25	Sleep disturbance			

The HSCL-25 score is calculated by dividing the total score (sum score of items) by the number of items answered (ranging between 1.00 and 4.00). It is often used as the measure of distress.

The patient is considered as a “probable psychiatric case” if the mean rating on the HSCL-25 is  $\geq 1.55$ .

A cut-off value of  $\geq 1.75$  is generally used for diagnosis of major depression defined as “a case, in need of treatment”. This cut-off point is recommended as a valid predictor of mental disorder as assessed independently by clinical interview, somewhat depending on diagnosis and gender.

The administration time of HSCL 25 is 5 to 10 minutes.

## **Annexe 2 : Informations et consentement**



**Département Universitaire de Médecine Générale**

22, avenue Camille Desmoulins CS 93837 – 29238 – Brest CEDEX 3  
Tél : 02 98 01 65 52 – fax : 02 98 01 64 74

### **NOTICE D'INFORMATION**

#### **Coordinateur international de la recherche**

Nom : Nabbe Patrice

Adresse : Département de médecine générale, Faculté de Médecine de Brest, 22, avenue Camille Desmoulins, 29238 Brest cedex 3

#### **Développeur international**

Département Universitaire de Médecine Générale – 22 avenue Camille Desmoulins - 29238 Brest Cedex 3

Coordinateur national de la recherche : Nabbe Patrice

Adresse : Département de médecine générale, Faculté de Médecine de Brest, 22, avenue Camille Desmoulins, 29238 Brest cedex 3

Développeur national : LANCELOT Pierre

Chers collègues

Vous êtes invités à participer à une étude par Mr LANCELOT Pierre (interne en médecine générale). Le département universitaire de médecine générale de BREST est le développeur national de cette étude. Il est responsable de celle-ci et assume son organisation.

Mr LANCELOT Pierre vous expliquera son travail. Si vous acceptez d'y participer, il vous sera demandé de signer un formulaire de consentement. Votre signature confirme que vous êtes d'accord à participer à l'étude.

#### **1- Type de l'étude**

Il s'agit d'une interview (ou focus group). Cette interview sera totalement anonymisée et il sera impossible, pour les lecteurs de l'article, de vous identifier.

#### **2- Risques potentiels de l'étude**

Il n'y a pas de risques associés à votre participation dans l'étude.



### **3- Bénéfices potentiels de l'étude**

Il n'y a pas de potentiels bénéfiques à l'étude.

### **4- Participation volontaire**

Votre participation à l'étude est entièrement volontaire.

Vous êtes libres de refuser d'y participer ou d'annuler votre participation à tout moment sans conséquences.

Dans ce cas, vous devez informer le coordinateur de votre décision.

Si vous consentez à y participer, les données récoltées seront traitées par informatique sauf objection de votre part.

Durant l'étude, l'investigateur vous informera si des événements peuvent affecter votre consentement à participer à l'étude

### **5- Besoin d'information complémentaire**

Si vous désirez, Patrice Nabbe, peut être contacté par téléphone au : 00 33 xxx xxx xxx à n'importe quel moment pour répondre à vos questions au sujet de l'étude.

A la fin de l'étude, sur votre demande, l'investigateur pourra vous informer des résultats complets de cette recherche.

### **6- Confidentialité et usage de donnée médicale ou personnelle**

Comme toute recherche biomédicale au sein du DUMG de Brest, Patrice Nabbe déclare que le traitement de vos données personnelles servira uniquement à analyser les résultats de la recherche dans le cadre des objectifs de cette étude.

Pour cela, les informations collectées sur le panel seront conservées par le coordinateur de la recherche.

Ces données seront anonymisées et leur identification codée de manière numérique.

L'équipe chargée de cette étude est soumise au secret professionnel.

Ces données peuvent, sous condition de non entorse à leur confidentialité, être transmises à des autorités de santé nationale ou européenne.

Dans le respect de la loi, vous avez un droit d'accès et de modification. Vous avez également le droit de contrôler la transmission de ces données, couverte par le secret professionnel.

Si vous acceptez de participer à l'étude, merci de compléter la lettre de consentement qui suit et de la signer. Veuillez garder une copie pour vous.

**Lettre de consentement**

**Promoteur** : Département Universitaire de Médecine Générale – 22 avenue Camille Desmoulins - 29238 Brest Cedex 3

Dr:.....  
.....  
Adresse:  
.....  
.....

**Investigateur local : NABBE Patrice**

Adresse: Département Universitaire de Médecine Générale – 22 avenue Camille Desmoulins - 29238 Brest Cedex 3  
Université: Faculté de médecine de Brest

**M'a demandé de participer à un focus groupe**

J'ai eu le temps de réfléchir à ma participation à cette étude. Ma participation est volontaire sans compensation financière ni charges à mon compte.

Je suis libre de quitter à tout moment l'étude sans avoir à me justifier ni d'en subir les conséquences.

Je suis informé que les données récoltées durant l'étude seront protégées et resteront confidentielles. Elles ne pourront être utilisées que par des personnes soumises au secret professionnel de l'équipe coordinatrice en accord avec le promoteur.

J'accepte l'utilisation informatique de paramètres personnels dans le respect de la protection des données. J'ai été informé de mon droit d'accès et de correction des données me concernant.

Mon consentement ne soustrait pas les organisateurs de leurs responsabilités. Mes droits sont inchangés au regard de la loi.

Fait en 2 exemplaires

À le

NABBE Patrice

Nom, Prénom de l'expert

## Annexe 3 : Première ronde Delphi avec les commentaires

						Propositions en grisé validées par cette ronde
Forward	First Proposition	Score 1-3	Score 4-6	Score 7-9	Validation	Comments
Choose the best answer for how you felt over the past week	Veillez choisir la réponse qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti durant chaque jour de la semaine dernière.	0	9	7	No	<p>« Veuillez choisir la proposition qui « décrit le mieux comment vous vous sentiez la semaine passée »</p> <p>Pourquoi rajouter "chaque jour? (#3) Parce que le patient peut croire que pour dire oui, il faut l'avoir ressenti TOUS les jours / Je supprimerai « chaque jour »</p> <p>« au cours de la dernière semaine » « durant toute la semaine dernière »</p> <p>Je ne suis pas d'accord avec « qui décrit ». Le sens de la phrase implique de transmettre un sentiment, une sensation « feeling » et non pas sa description.</p> <p>« Choisissez la réponse qui vous semble le plus en accord avec vos sensations pendant la semaine passée »</p> <p>Je ne comprends pas pourquoi à partir d'une proposition ou d'un mot en anglais vous proposez une phrase avec un sujet + verbe en français. J'ai le sentiment qu'il manque quelque chose</p> <p>« Comment vous êtes-vous senti durant cette semaine dernière »</p> <p>Le "Durant chaque jour " me gêne car je crains que certains patients ne signalent pas d'éventuels symptômes nocturnes (fréquents dans ce type de pathologie)</p>
Being scared for no reason	Vous aviez peur sans raison	0	3	13	Yes	
Feeling fearful	Vous vous sentiez effrayé	0	4	12	Yes	
Faintness	Vous avez eu des malaises sans perdre connaissance	2	7	7	No	<p>« Vous vous sentiez abattu »</p> <p>Vous avez eu des sensations de malaise (#2)</p> <p>Je rajouterai « ressentir une ou des sensations de malaises ».</p> <p>Je suis intrigué par l'absence du mot feeling avant faintness, qui est sous-entendu en anglais.</p> <p>Le malaise est une sensation, la PDC est objectivable.</p> <p>« Vous vous êtes senti faible »</p> <p>« Vous avez des malaises »</p> <p>« Abattu ou asthénique », en tout cas un seul mot pour être fidèle au poids de l'échelle initiale, le fait que ce soit une phrase entière risque de ne pas évoquer la même idée</p> <p>« Malaise » (#2)</p> <p>« Faiblesse »</p>
Nervousness	Vous vous êtes senti nerveux / <u>Vous vous sentiez nerveux</u>	0	3	13	Yes	
Heart racing	Vous avez eu l'impression que votre cœur battait vite	0	6	10	No	<p>« Vous avez eu l'impression que votre cœur palpitait »</p> <p>« ... Anormalement vite »</p> <p>« .... Battait trop vite »</p> <p>« Tachycarde » me semble le plus proche, mais autre problématique : est-ce un vocabulaire qui sera compris de tous?</p> <p>« Le cœur s'emballe »</p> <p>Ne prend pas assez en compte le caractère inhabituel du symptôme : « trop vite » ou « plus vite qu'à l'habitude »...</p>
Trembling	Vous vous êtes senti tremblant	1	6	9	No	<p>Trembling c'est trembler sous l'effet de l'anxiété ou de l'excitation le verbe correct en français est frémir mais s'agissant d'un auto-questionnaire je pense que la population générale ne comprendra pas et du coup je dirais</p> <p>« vous vous êtes senti tremblant sous l'effet de l'anxiété »</p> <p>« Vous aviez eu des tremblements »</p> <p>« Sensation de tremblement » qui est plus français</p> <p>« Vous avez ressenti des tremblements »</p> <p>« Tremblant (#2) » « agité de soubresaut »</p> <p>Notion de « fébrilité »</p>
Feeling tense	Vous vous êtes senti tendu / <u>Vous vous sentiez tendu</u>	0	3	13	Yes	
Headache	Vous avez eu des maux de tête / <u>Vous aviez des maux de tête</u>	0	3	13	Yes	

Feeling panic	Vous êtes senti paniqué	1	10	5	No	« Vous avez eu un sentiment de panique » « Vous avez ressenti de la panique (#3) « Vous vous êtes senti paniqué » (#3) « Sensation de panique » « Paniqué » « Se sentir paniqué » J'aurai rajouté "sans raison"
Feeling restless	Vous étiez agité	0	8	8	No	« Vous vous êtes senti tourmenté » Restless = sous l'effet de l'anxiété en anglais -> « vous étiez agité sous l'effet de l'anxiété » « Vous vous êtes senti agité (#3) » Ressentir de l'agitation est différent d'être agité « Agité » « Se sentir inquiet »
Feeling low in energy	Vous avez manqué d'énergie // <u>Vous manquez d'énergie</u>	0	4	12	Yes	
Blaming oneself	Vous aviez tendance à vous culpabiliser	1	4	11	No	« Vous avez eu ... » « Vous aviez tendance à culpabiliser » « Vous avez eu tendance à vous culpabiliser » « Ressentir une sensation de culpabilité » « S'en vouloir »
Crying easily	Vous pleuriez facilement	0	3	13	Yes	
Losing sexual interest	Vous n'aviez plus d'envie sexuelle	1	7	8	No	« Vous aviez perdu votre libido » Les temps utilisés changent à chaque fois il faut homogénéiser « ...De désir sexuel » (#2) « Vous n'avez pas ressenti d'envie sexuelle » (sensation de...) « Vous ressentiez un désintérêt pour la vie sexuelle » « Diminution de la libido » « Vous avez ressenti une baisse de la libido »
Feeling lonely	Vous vous sentiez seul	0	6	10	No	« Se sentir seul » « Vous vous êtes senti seul » (#2) « Sensation de solitude » seul= "causing sadness from isolation"... là aussi j'ai peur que le patient se dise "bah non, ma femme est là, même si elle ne me comprend pas; .....ne devrait-on pas remplacé par "isolé", "vous aviez un sentiment de solitude" « Vous ressentiez de la solitude »
Feeling hopeless	Vous vous sentiez désespéré	0	4	12	Yes	
Feeling blue	Vous étiez triste sans raison	0	7	9	No	« Vous aviez le cafard » « Vous étiez triste » Pourquoi introduire sans raison ici (#2) « vous ressentiez de la tristesse » « Vous vous êtes senti déprimé » « Se sentir triste sans raison » Ce n'est pas tellement de la tristesse, plus du "cafard"
Thinking of ending one's life	Vous aviez pensé à mettre fin à votre vie	0	3	13	Yes	
Feeling trapped	Vous vous êtes senti pris au piège	1	4	11	No	je comprends cela comme sous "pris au piège de quelqu'un, quelque chose," ?! ne peut-on pas remplacer par "empêtré" ou équivalent? « Vous vous sentiez enfermé dans un piège » totalement non explicite proposition : « Votre situation est sans issue » « Se sentir pris au piège » « Vous vous sentiez pris au piège »
Worrying too much	Vous aviez tendance à être trop inquiet	0	5	11	No	« Vous vous inquiétiez trop » « S'inquiéter de trop » « Vous avez eu tendance à vous faire trop de soucis » « Vous ressentiez une inquiétude excessive »

Feeling no interest	Vous n'aviez plus d'intérêt	0	8	8	No	« Rien ne vous intéressez » « Vous n'avez ressenti aucun intérêt » « Vous ne trouviez plus d'intérêt à rien » « Vous ne vous êtes plus senti intéressé par quoi que ce soit » « Vous n'étiez plus intéressé par quoi que ce soit » (vous n'aviez plus d'intérêt est flou et peu directif et ambigu) « ... plus de centre d'intérêt » « Etre sans motivation » Porte à confusion, plus d'intérêt "à faire des choses"
Feeling that everything is an effort	Tout était un effort pour vous	0	3	13	Yes	
Worthless feeling	Vous vous sentiez sans valeur	1	6	7	No	« Vous vous sentiez inutile » « Vous vous êtes senti inutile » « Vous aviez le sentiment d'être nul » « Vous vous êtes senti sans valeur » « C'était comme si vous ne valiez rien » « Dévalorisé » « Se sentir bon à rien » Comment le patient va-t-il comprendre cet item? "bon à rien"?
Poor appetite	Vous aviez perdu l'appétit	0	4	12	Yes	
Sleep disturbance	Vous n'arrivez plus à dormir	0	13	3	No	« Vous aviez du mal à dormir » (#2) « Votre sommeil était perturbé » (#6) « Vous aviez des problèmes de sommeil » « Vous avez eu des problèmes de sommeil » « Vous avez des difficultés à/pour dormir » « Troubles du sommeil » « Vous avez eu des difficultés de sommeil » Pas d'accord : c'est plus large que cela : le sommeil est-il perturbé (ça peut être quelqu'un qui dort toute la nuit mais fait des cauchemars, des réveils multiples...)
The HSCL-25 score is based on pencil-and-paper self-report of 25 questions about the presence and intensity of anxiety and depression symptoms over the last week. Participants answer to one of four categories for each item on a four-point scale ranging from 1 to 4	Le HSCL-25 est un auto-questionnaire en 25 questions relatives à la présence et l'intensité des symptômes d'anxiété et de dépression durant la dernière semaine pleine. Les participants répondent à chaque proposition, sur une échelle en quatre points, cotée de 1 à 4.	1	7	8	No	« Le HSCL-25 est un auto-questionnaire en 25 questions relatives à la présence et à l'intensité des symptômes d'anxiété et de dépression <u>durant toute la semaine dernière</u> . Les participants répondent à chaque proposition, sur une échelle en quatre <u>catégories</u> , cotées de 1 à 4 » « <u>Au cours de</u> la dernière semaine; sur une échelle à <u>4</u> points » (#2) « Le HSCL-25 est un auto-questionnaire en 25 questions <u>mesurant des</u> symptômes d'anxiété et de dépression <u>durant la semaine précédente</u> » « Le HSCL-25 est un auto-questionnaire en 25 questions <u>sur la présence et l'intensité</u> des symptômes d'anxiété et de dépression <u>pendant la dernière semaine</u> . » Je rajouterai la notion <u>de choix parmi 4 propositions</u> « Le HSCL-25 est un auto-questionnaire en 25 questions relatives à la présence et l'intensité des symptômes d'anxiété et de dépression <u>durant la dernière semaine écoulée</u> . Les participants répondent à chaque proposition, <u>sur une échelle cotée</u> de 1 à 4. » « 25 questions <u>concernant</u> ... durant <u>la dernière semaine</u> »
Not at all	Pas du tout d'accord	2	1	13	Yes	
A little	Assez d'accord	3	2	11	No	« Un peu (#2) » « Oui, un peu » « Pas complètement d'accord » J'ai l'impression que "assez d'accord" est trop positif, ça risque de surévaluer le côté positif ; « un peu d'accord » plus proche de la réalité
Quite a bit	Plutôt d'accord	2	0	14	Yes	
Extremely	Complètement d'accord	2	0	14	Yes	

The HSCL-25 score is calculated by dividing the total score (sum score of items) by the number of items answered (ranging between 1, 00 and 4, 00). It is often used as the measure of distress. The patient is considered as a "probable psychiatric case" if the mean rating on the HSCL-25 is 1.55. A cut-off value of 1.75 is generally used for diagnosis of major depression defined as "a case, in need of treatment". This cut-off point is recommended as a valid predictor of mental disorder as assessed independently by clinical interview, somewhat depending on diagnosis and gender. The administration time of HSCL 25 is 5 to 10 min.

Le score du HSCL- 25 est calculé en divisant la somme des cotations des propositions par le nombre de réponses reçues. Le résultat final est compris de 1.00 à 4.00. Il est couramment utilisé pour mesurer la détresse psychologique. Le patient est considéré comme « probablement psychiatrique » si le score moyen du HSCL- 25 est 1,55. Un score 1,75 diagnostique généralement la dépression majeure et défini « un patient nécessitant un traitement ». Ce score est considéré comme un score prédictif validé des troubles mentaux. Il a été évalué de manière indépendante par des études cliniques. Il varie peu quelque-soit les situations diagnostiques et le sexe. Le temps d'administration de HSCL-25 est de 5 à 10 minutes.

2 9 5 No

« Le score du HSCL- 25 est calculé en divisant la somme des cotations des propositions par le nombre de réponses reçues. Le résultat final est compris de 1,00 à 4,00. Il est couramment utilisé pour mesurer la détresse psychologique. Le patient est considéré comme « un cas probablement psychiatrique » si le score moyen du HSCL-25 est 1,55.

Un score 1,75 diagnostique généralement la dépression majeure et défini « un cas nécessitant un traitement ». Ce score est considéré comme un score prédictif validé des troubles mentaux. Il a été évalué de manière indépendante par des études cliniques. Il varie peu quelles que soient les situations diagnostiques et le sexe. Le temps d'administration de la HSCL-25 est de 5 à 10 minutes »

Significations, nb items répondus ? Atteint d'anxiété ou dépression ? « ... Est généralement utilisé pour poser le diagnostic de dépression majeure avec indication de traitement. Ce seuil est considéré comme un prédictif valide de trouble psychologique... »

« le résultat final est entre 1 et 4 » / « score prédictif »

« Le patient est « probablement atteint d'un trouble psychique » si le score moyen du HSCL-25 est 1,55. En général la valeur de 1,75 est utilisée pour définir le diagnostic de « Trouble dépressif nécessitant une prise en charge ». Cette valeur représente un facteur prédictif de troubles mentaux de même validité que l'entretien clinique, avec toutefois quelques variations en fonction de l'âge et du sexe. Le temps mobilisé pour son utilisation va de 5 à 10 minutes. »

« ... nécessitant des soins psychiatriques... Score prédictif »

J'ai un doute essentiellement sur "détresse psychologique"??

(distress= mental suffering of anxiety)

« désarroi » ?? .... Ça fait un peu vieux français, mais ça me semble plus convenir si on se réfère à la définition du Larousse, et à nos auteurs français « je ne me suis jamais entêté d'une idée par crainte du désarroi où je tomberai sans elle », Marguerite Yourcenar

Le score du HSCL-25 est obtenu en divisant la somme du score des réponses, par le nombre d'items rempli (résultat entre 1,00 et 4,00). Il est couramment utilisé pour mesurer le désarroi. Le patient est considéré comme « relevant probablement de la psychiatrie » si le score moyen du HSCL-25 est 1,55.

Je comprends que c'est chaque item qui est scoré de 1 à 4 pas le score total (même si c'est vrai aussi et que ça revient au même)

« Le score du HSCL- 25 se calcule en divisant la somme des cotations des propositions par le nombre de réponses reçues. Le résultat final est compris entre 1,00 à 4,00. Il est couramment utilisé pour mesurer la souffrance psychologique. Le patient est considéré comme « probablement dépressif » si le score moyen du HSCL-25 est 1,55. Un score 1,75 diagnostique généralement une dépression majeure et défini « un patient nécessitant un traitement ». Ce seuil est considéré comme un score prédictif validé d'un trouble mental. Il a été évalué de manière indépendante par des études cliniques. Il varie peu quelque soit la situation diagnostique et le genre. Le temps d'administration de HSCL-25 est compris entre 5 et 10 minutes. »

« Le score du HSCL- 25 est calculé en divisant la somme des scores par le nombre de réponses reçues. Le résultat final est compris de 1 à 4. Il est couramment utilisé pour mesurer l'angoisse. Le patient est considéré comme relevant de la psychiatrie le score moyen du HSCL-25 est 1,55. Un score 1,75 signifie généralement le diagnostic de dépression majeure et défini « un patient nécessitant un traitement ». Ce score est considéré comme un score prédictif validé des troubles mentaux et a été évalué de manière indépendante par entretien clinique, quel que soient le diagnostic et le genre du patient. Remplir le HSCL-25 prend 5 à 10 minutes. »

« ... Nécessitant une prise en charge psychiatrique ... et définit ... prédictif ... temps de réalisation de HSCL... »

Je suis très gêné par le terme « patient considéré comme psychiatrique » qui ne veut rien dire en soit. Je préfère « patient considéré comme atteint d'une maladie psychiatrique »

## Annexe 4 : Seconde ronde Delphi

L'ensemble des propositions a été validées

<u>Forward</u>	<u>Proposition</u>	<u>Score 1-3</u>	<u>Score 4-6</u>	<u>Score 7-9</u>	<u>Validation</u>
Choose the best answer for how you felt over the past week	Veillez choisir la réponse qui décrit le mieux comment globalement vous vous sentiez toute la semaine dernière.	0	2	13	Accord
Faintness	Vous aviez une sensation d'étourdissement	0	2	13	Accord
Heart racing	Vous aviez l'impression que votre cœur battait anormalement vite	0	2	13	Accord
Trembling	Vous aviez la sensation de tremblement	0	2	13	Accord
Feeling panic	Vous vous sentiez paniqué	1	1	13	Accord
Feeling restless	Vous vous sentiez agité	1	1	13	Accord
Blaming oneself	Vous ressentiez une sensation de culpabilité	1	2	12	Accord
Losing sexual interest	Vous ressentiez un désintérêt pour la vie sexuelle	1	3	11	Accord
Feeling lonely	Vous aviez la sensation de solitude	0	4	11	Accord
Feeling blue	Vous aviez le cafard	0	0	15	Accord
Feeling trapped	Vous vous sentiez pris au piège	0	1	14	Accord
Worrying too much	Vous vous inquiétiez trop	0	2	13	Accord
Feeling no interest	Vous n'étiez plus intéressé par quoi que ce soit	0	1	14	Accord
Worthless feeling	Vous aviez le sentiment d'être nul, bon à rien	0	1	14	Accord
Sleep disturbance	Votre sommeil était perturbé	0	0	15	Accord

<p>The HSCL-25 score is based on pencil-and-paper self-report of 25 questions about the presence and intensity of anxiety and depression symptoms over the last week. Participants answer to one of four categories for each item on a four-point scale ranging from 1 to 4</p>	<p>La HSCL-25 est un auto-questionnaire en 25 questions relatives à la présence et à l'intensité des symptômes d'anxiété et de dépression durant toute la semaine dernière. Les participants cotent chaque proposition, sur une échelle en quatre points, cotée de 1 à 4.</p>	0	4	11	Accord
<p>A little</p>	<p>Un peu d'accord</p>	0	3	12	Accord
<p>The HSCL-25 score is calculated by dividing the total score (sum score of items) by the number of items answered (ranging between 1.00 and 4.00). It is often used as the measure of distress. The patient is considered as a "probable psychiatric case" if the mean rating on the HSCL-25 is 1.55. A cut-off value of 1.75 is generally used for diagnosis of major depression defined as "a case, in need of treatment". This cut-off point is recommended as a valid predictor of mental disorder as assessed independently by clinical interview, somewhat depending on diagnosis and gender. The administration time of HSCL 25 is 5 to 10 min.</p>	<p>Le score du HSCL- 25 se calcule en divisant la somme des cotations des propositions par le nombre de réponses reçues. Le résultat final est compris entre 1,00 à 4,00. Il est couramment utilisé pour mesurer la souffrance psychologique. Le patient est considéré comme « probablement atteint d'une maladie psychiatrique » si le score moyen du HSCL-25 est supérieur ou égal à 1,55. Un score supérieur ou égal à 1,75 diagnostique généralement une dépression majeure et défini « un patient nécessitant un traitement ». Ce seuil est considéré comme un score prédictif validé des troubles mentaux. Il a été évalué de manière indépendante par des études cliniques. Il varie peu quelles que soient les situations diagnostiques et le sexe. Remplir le questionnaire HSCL-25 prend entre 5 et 10 minutes.</p>	0	3	12	Accord



## Annexe 5 : Exemple de version française préexistante de la HSCL(48)

### Autoquestionnaire HSCL (première page)

Vous trouverez ci-dessous une liste de phrases décrivant des problèmes et des symptômes que l'on peut éprouver.

Nous vous demandons de lire attentivement chaque phrase.

Pour chacune de ces phrases, vous devez cocher à l'aide d'une croix, une, et une seule des quatre cases qui se trouvent à droite, c'est-à-dire celle qui donne la meilleure description de ce qui vous a ennuyé ou préoccupé au cours de la semaine qui vient de s'écouler y compris aujourd'hui.

Suivant que le symptôme est très important, moins important, ou relativement léger, vous mettez la croix à OUI beaucoup, OUI moyennement, OUI un peu.

Si vous estimez que vous ne pourriez pas prononcer la phrase qui constitue la proposition, vous mettez une croix à NON.

Répondez à toutes les questions sans exception. Ne passez pas trop de temps à répondre, c'est votre première impression qui est importante.

	Beaucoup	Moyennement	Un peu	Non
1. J'ai des maux de tête				
2. Je me sens nerveux et/ou je sens comme un tremblement intérieur				
3. Je suis incapable de me débarrasser de mauvaises pensées ou de mauvaises idées				
4. J'ai des tendances à m'évanouir ou des vertiges				
5. J'ai perdu le goût et le plaisir que j'éprouvais aux choses sexuelles				
6. J'ai l'impression d'être critiqué à l'égard des autres				
7. J'ai des mauvais rêves				
8. J'ai des difficultés à parler quand je me sens énervé(e)				
9. J'ai des difficultés à me rappeler des choses				
10. Je suis ennuyé(e) par ma négligence et mon manque de soins				
11. Je suis facilement contrarié(e) ou irrité(e)				
12. J'ai des douleurs au cœur ou à la poitrine				
13. J'ai des démangeaisons				
14. Je me sens sans énergie ou ralenti(e)				
15. Je pense en finir avec la vie				
16. Je transpire				
17. J'ai des tremblements				
18. J'ai l'impression d'être troublé(e) et de perdre le nord				
19. J'ai un mauvais appétit				
20. Je pleure facilement				
21. Je me sens timide et mal à l'aise avec une personne du sexe opposé				
22. J'ai l'impression d'être « coincé(e) » ou pris(e) au piège				
23. Je suis subitement effrayé(e) sans aucune raison				
24. J'ai des explosions de colère que je ne peux contrôler				
25. Je suis constipé(e)				

**Autoquestionnaire HSCL (deuxième page)**

	Beaucoup	Moyennement	Un peu	Non
27. J'ai des douleurs à la partie inférieure du dos				
28. Je me sens bloqué(e) ou empêché(e) devant la moindre chose à faire				
29. J'ai un sentiment de solitude				
30. J'ai le cafard				
31. Des choses me tracassent ou me tourmentent				
32. Je ne m'intéresse à rien				
33. Je suis rempli(e) d'un sentiment de peur				
34. Je suis facilement blessé(e) ou offensé(e)				
35. Je suis obligé(e) de demander aux autres ce que je devrais faire				
36. J'ai l'impression que les autres ne me comprennent pas, ou qu'ils ne me montrent pas de sympathie				
37. J'ai l'impression que les gens sont inamicaux envers moi ou ne m'aiment pas				
38. Je suis obligé(e) de faire les choses très lentement pour être certain de bien les faire				
39. J'ai l'impression que mon cœur bat très fort ou qu'il s'emballe				
40. J'ai des nausées ou envie de vomir				
41. Je me sens inférieur(e) aux autres				
42. J'ai l'impression que mes muscles sont endoloris				
43. J'ai des selles molles				
44. J'ai du mal à m'endormir ou à rester endormi(e)				
45. Je suis obligé(e) de vérifier et de revérifier ce que je fais				
46. J'ai des difficultés à prendre des décisions				
47. J'ai envie d'être seul(e)				
48. J'ai des difficultés à respirer				
49. J'ai comme des bouffées de chaleur ou de froid				
50. Je suis obligé(e) d'éviter certaines choses, certains endroits ou certaines activités car elles m'effrayent				
51. J'ai l'impression que mon esprit se vide				
52. J'ai une impression d'engourdissement ou de fourmillement dans certaines parties de mon corps				
53. J'ai l'impression d'avoir une boule dans la gorge				
54. J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir				
55. J'ai des difficultés de concentration				
56. J'ai une sensation de faiblesse dans certaines parties de mon corps				
57. J'ai l'impression d'être tendu(e)				
58. J'ai l'impression de pesanteur dans les bras ou les jambes				

**LANCELOT (Pierre) – Consensus d'experts sur la traduction en français d'une échelle d'auto-évaluation de la dépression la "Hopkins Symptom Checklist 25" via une procédure Delphi et une traduction retour en anglais.**

**- 50 pages, 5 tables, 5 annexes, Thèse Médecine : Brest 05/2015**

**RESUME**

**Introduction :** La dépression est une maladie courante en soins primaires. Les patients de plus de 50 ans, multi-morbides sont spécialement à risque. Le diagnostic reste difficile. Peu d'outils d'aide au diagnostic sont adaptés et utilisés en médecine générale. L'étude "Family Practice Depression and Multimorbidity" (FPDM) de l' "European General Practice Research Network" (EGPRN) cherchait à valider un outil d'aide au diagnostic en Europe. Les précédentes étapes ont sélectionné la "Hopkins Symptom Checklist" en 25-items (HSCL-25) comme l'outil le plus approprié versus "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM).

**Objectif :** L'objectif était de traduire la HSCL-25 en français sans perte de sens, tout en respectant les particularités linguistiques et la compréhension des patients.

**Méthode :** Un linguiste et un chercheur en soins primaires ont réalisé une proposition de traduction en français. Cette traduction a été soumise à une procédure Delphi. Un panel d'experts médecins généralistes français, anglicistes a été constitué. Une traduction retour en anglais a été réalisée par la suite en aveugle de l'original.

**Résultats :** Le panel d'experts répondait aux critères d'inclusion. Des médecins généralistes français majoritairement des enseignants, ont été recrutés pour la procédure Delphi. Le nombre minimal de quinze experts à chaque ronde a été respecté. La traduction en français a été validée en deux rondes. Les items non validés à l'issue de la première ronde ont été reformulés, en tenant compte des avis colligés des experts, et proposés dans une seconde ronde. Toutes ces propositions retravaillées ont été validées terminant la procédure. Une traduction retour en anglais a été produite.

**Discussion :** Une traduction aller-retour par une procédure Delphi avec un panel d'experts adapté, garantissait une traduction française de HSCL-25 validée et proche linguistiquement de l'original. Une analyse culturelle de la traduction devrait assurer la concordance des sens entre l'original et le retour.

**Introduction:** Family physicians (FP) are the first port of call for depressive patients in developed countries. The multi-morbid patients over 50 years are especially at risk. Symptoms are difficult to identify. Few diagnostic tools are adapted and used by FP. "Family Practice Depression and Multimorbidity" (FPDM) study by "European General Practice Research Network" (EGPRN) aims to find a diagnostic depression tool in primary care throughout Europe. Previous steps of FPDM have found that the "Hopkins Symptom Checklist in 25-items" (HSCL-25) was the most appropriate tool against DSM.

**Objective:** This study aimed to translate HSCL-25 in French while ensuring that original meaning was preserved and adapted for patients.

**Method:** A Delphi method was used. The HSCL-25 was translated into French by a linguist and a researcher in FP. This translation was submitted by Delphi procedure to a panel of French FP's experts in primary care, English practitioners. Backward translation was performed with a blind back-translation principle.

**Results:** The inclusion criteria of panel were followed. FP's have been recruited for the Delphi procedure with majority of teachers. The procedure was respected with a minimum of fifteen experts for each round. HSCL-25 French translation was confirmed in two Delphi rounds, with some translated modification due to the expert remarks. The backward English translation was therefore produced by translators.

**Discussion:** The quality of the panel of FPs experts ensured a validated and reliable linguistic French translation. The following step will consist in a cultural check to ensure the meaning of the HSCL-25 French version.

**MOTS CLES :**

Dépression, Traduction, HSCL-25, Delphi, Français

**JURY :**

**PRÉSIDENT DU JURY** Pr. JY LE RESTE

**MEMBRES DU JURY** Dr. P NABBE  
Pr. B LE FLOC'H

**DATE DE SOUTENANCE :** 21/05/2015

**ADRESSE DE L'AUTEUR :**

17 avenue de la Gare, 29720 Plonéour Lanvern, France