



HAL
open science

Les échelles de qualité de vie des adolescents en population générale : une revue systématique de la littérature sur la base de données SCOPUS. Partie 3

Laura Barcelo Chatellier

► To cite this version:

Laura Barcelo Chatellier. Les échelles de qualité de vie des adolescents en population générale : une revue systématique de la littérature sur la base de données SCOPUS. Partie 3. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03251834

HAL Id: dumas-03251834

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03251834>

Submitted on 7 Jun 2021

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

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2020

Thèse présentée par :

Madame Laura Barcelo Chatellier
Née le 09 octobre 1992 à Morlaix(Finistère)

Thèse soutenue publiquement le 01 octobre 2020

Titre de la thèse :

Les échelles de qualité de vie des adolescents en population générale : une revue systématique de la littérature sur la base de données SCOPUS. Partie 3.

Président Mr le Professeur Le Floc'h

Membres du jury Mme le Docteur Sophie Lalande

Mr le Professeur Bronsard

Mr le Professeur Benoit Chiron

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

Doyens honoraires

FLOCH **Hervé** ()
LEMENN **Gabriel** ()
SENECAIL **Bernard**
BOLES **Jean-Michel**
BIZAIS **Yves** ()
DEBRAEKELEER **Marc** ()

Doyen

BERTHOU **Christian**

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

OZIER **Yves**

Anesthésiologie-réanimation

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU **Christian**
COCHENER-LAMARD **Béatrice**

Hématologie
Ophtalmologie

DEWITTE **Jean-Dominique**
FEREC **Claude**
FOURNIER **Georges**
GENTRIC **Armelle**
GILARD **Martine**
GOUNY **Pierre**
LE MEUR **Yannick**
LE NEN **Dominique**

MANSOURATI **Jacques**
MERVIEL **Philippe**
MISERY **Laurent**
NONENT **Michel**
REMY-NERIS **Olivier**
ROBASZKIEWICZ **Michel**

SALAUN **Pierre-Yves**

SARAUX **Alain**
TIMSIT **Serge**
WALTER **Michel**

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

Médecine et santé au travail
Génétique
Urologie
Gériatrie et biologie du vieillissement
Cardiologie
Chirurgie vasculaire
Néphrologie
Chirurgie orthopédique et
traumatologique
Cardiologie
Gynécologie obstétrique
Dermato-vénéréologie
Radiologie et imagerie médicale
Médecine physique et réadaptation
Gastroentérologie

Biophysique et médecine
nucléaire

Rhumatologie
Neurologie
Psychiatrie d'adultes

AUBRON **Cécile**

BAIL **Jean-Pierre**

BERNARD-MARCORELLES **Pascale** Anatomie et cytologie pathologiques

BEZON **Éric**

BLONDEL **Marc**

BRESSOLLETTE **Luc**

CARRE **Jean-Luc**

COUTURAUD **Francis**

DE PARSCAU DU PLESSIX **Loïc**

DELARUE **Jacques**

DEVAUCHELLE-PENSEC **Valérie**

DUBRANA **Frédéric**

FENOLL **Bertrand**

GIROUX-METGES **Marie-Agnès**

HU **Weiguo**

HUET **Olivier**

KERLAN **Véronique**

Réanimation

Chirurgie digestive

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Biologie cellulaire

Médecine vasculaire

Biochimie et biologie moléculaire

Pneumologie

Pédiatrie

Nutrition

Rhumatologie

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Chirurgie infantile

Physiologie

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

Anesthésiologie-réanimation

Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

LACUT **Karine**

LEROYER **Christophe**

MARIANOWSKI **Rémi**

MONCLA **Anne**

MONTIER **Tristan**

NEVEZ **Gilles**

PAYAN **Christopher**

PRADIER **Olivier**

SIZUN **Jacques**

STINDEL **Éric**

VALERI **Antoine**

Thérapeutique

Pneumologie

Oto-rhino-laryngologie

Génétique

Biologie cellulaire

Parasitologie et mycologie

Bactériologie-virologie

Cancérologie

Pédiatrie

Biostatistiques, informatique médicale et
technologies de communication

Urologie

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraïed	Radiologie et imagerie médicale
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
L'HER Erwan	Réanimation
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LIPPERT Éric	Hématologie
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard

LE RESTE Jean-Yves

Professeur des Universités Associé de Médecine Générale (à mi-temps)

BARRAINE Pierre

CHIRON Benoît

Professeur des Universités

BORDRON Anne

Biologie cellulaire

Professeur des Universités Associé (à mi-temps)

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe

Immunologie

MOREL Frédéric

Biologie et médecine du développement et de la reproduction

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

BRENAUT Emilie

Dermato-vénéréologie

CORNEC-LE GALL Emilie

Néphrologie

DE VRIES Philine

Chirurgie infantile

DOUET-GUILBERT Nathalie

Génétique

HILLION Sophie

Immunologie

LE BERRE Rozenn

Maladies infectieuses

LE GAL Solène

Parasitologie et mycologie

LE VEN Florent

Cardiologie

LODDE Brice

Médecine et santé au travail

MAGRO Elsa

Neurochirurgie

MIALON Philippe

Physiologie

PERRIN Aurore

Biologie et médecine du développement et de la reproduction

PLEE-GAUTIER Emmanuelle

Biochimie et biologie moléculaire

QUERELLOU Solène

Biophysique et médecine nucléaire

SCHICK Ulrike

Cancérologie

TALAGAS Matthieu

Histologie, embryologie et cytogénétique

UGUEN Arnaud

Anatomie et cytologie pathologiques

VALLET Sophie

Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

BERROUIGUET Sofian

Psychiatrie d'adultes

GUILLOU Morgane

Addictologie

ROBIN Philippe

Biophysique et médecine nucléaire

ROUE Jean-Michel

Pédiatrie

SALIOU Philippe

Epidémiologie, économie de la santé et prévention

TROMEUR Cécile

Pneumologie

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

BARAIS Marie

NABBE Patrice

BEURTON-COURAUD Lucas

DERRIENNIC Jérémy

VIALA Jeanlin

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine

Biochimie et biologie moléculaire

BOUSSE Alexandre

Génie informatique, automatique et traitement du signal

DANY Antoine

Epidémiologie et santé publique

DERBEZ Benjamin

Sociologie démographie

LE CORNEC Anne-Hélène

Psychologie

LANCIEN Frédéric

Physiologie

LE CORRE Rozenn

Biologie cellulaire

MIGNEN Olivier

Physiologie

MORIN Vincent

Electronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita

Rhumatologie

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BEAURUELLE Clémence

Bactériologie virologie

CHAUVEAU Aurélie

Hématologie biologique

KERFANT Nathalie

Chirurgie plastique

THUILLIER Philippe

Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

GUELLEC-LAHAYE Julie Marie-Charlotte Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

**NGUYEN BA Vinh Anesthésie-réanimation DULOU Renaud
Neurochirurgie**

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

LE COAT Anne

**Médecine générale /
Urgence**

SCELLOS Olivia

Médecine générale

Les échelles de qualité de vie des adolescents en population générale : une revue systématique de la littérature sur la base de données SCOPUS. Partie 3. Laura Barcelo Chatellier-Faculté de médecine de Brest.2020

ABSTRACT :

Background : Health was defined by the World Health Organization in 1946 as a state of complete physical, mental and social well-being, and is not merely an absence of disease or infirmity. It has not been changed since then. The purpose of this study was to search for all existing quality of life questionnaires for healthy adolescents aged 11 to 18.

Methods: for this thesis, a review of the literature was carried out according to the PRISMA protocol. The research was conducted from November 2018 to March 30, 2018 based on SCOPUS data. The articles included the theme of the quality of life among healthy adolescents aged 11 to 18. Articles relating to specific quality of life scales as well as those targeting an adult population were excluded. A quality check of the items was then carried out.

Results: 6441 articles were selected according to our research equation by removing duplicates, 6432 were studied in our review and distributed among four PhD students.

The quality of life scales selected for adolescents were: Kidscreen 52, Kidscreen 27 and Kidscreen 10, Peds QL 4.0, Kiddo Kindl, la MMQL, TQOLQA, Chip-AE, QOLPAV, SF12/36, VSP-1 for a total of 11 scales.

Discussion: 11 quality of life scales for adolescents were found. A new study will be needed to evaluate the psychometric qualities of these scales to select only one to use during medical consultations.

RESUME :

Introduction : La Santé a été définie par l'organisation mondiale de la santé en 1946 comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Celle-ci n'a pas été modifiée depuis. Le but de cette étude était de rechercher tous les questionnaires de qualité de vie existants applicables aux adolescents de 11 à 18 ans en bonne santé.

Méthodes : Pour cette thèse, une revue de la littérature a été effectuée suivant le protocole PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta analyses). La recherche s'est faite de novembre 2018 au 30 mars 2018 sur la base de données Scopus. Les articles inclus avaient pour thème la qualité de vie, chez les adolescents de 11 à 18 ans, en bonne santé. Étaient exclus les articles relatifs à des échelles spécifiques de qualité de vie et d'une population adulte. Un contrôle de la qualité des articles a ensuite été effectué.

Résultats : 6441 articles ont été sélectionnés selon notre équation de recherche, en enlevant les articles doublons, 6432 ont été étudiés dans notre revue repartis entre 4 personnes. Les échelles de qualité de vie retrouvées chez les adolescents étaient : les échelles Kidscreen 52, Kidscreen 27 et Kidscreen 10, LA MMQL, La PedsQL 4.0, la QOLPAV, la SF 36, la KiddoKindl, La VSP, la MSLSS, la TQOLQA, la Chip-AE, soit 11 échelles au total.

Discussion : 11 échelles de qualité de vie chez les adolescents ont été retrouvées.

Une nouvelle étude sera nécessaire pour évaluer les qualités psychométriques de ces échelles pour n'en choisir qu'une à utiliser lors de consultations médicales.

MOTS CLES :

Quality of life, adolescent, general population

JURY :

Pr Le Floch, Dr Lalande, Pr Bronsard, Pr Chiron

DATE DE SOUTENANCE :

01 octobre 2020

Remerciements

A notre directeur de thèse et président du jury de thèse

Monsieur le Professeur Le Floch,

Professeur des universités de médecine générale,

A notre juge,

Madame le Docteur Lalande ,

Je te remercie de ta présence dans ce jury de thèse, de m'avoir suivi et soutenu tout au long de ce travail de thèse et de ta disponibilité.

A notre juge,

Monsieur le Professeur Chiron,

Professeur associé de médecine générale,

Je vous remercie d'avoir d'accepté de faire partie de ce jury de thèse

A notre juge,

Monsieur le Professeur Bronsard ,

Je vous remercie de votre présence dans ce jury de thèse et d'avoir été à l'origine de cette thèse.

A ma famille,

Merci de m'avoir encouragée dans mes études de médecine, d'avoir supporté mes humeurs,

Particulièrement à ma mère de m'avoir préparé des centaines de repas, de m'avoir soutenu par ses appels réguliers et de m'avoir toujours encouragé à m'ouvrir et à être indépendante.

Merci à mon père pour m'avoir transmis ses connaissances.

Merci à mes frères, qui savent comment me faire décompresser. MERCI

A mes co-internes devenus amis,

Je vous remercie de votre soutien et des moments agréables passés dans les services et dans les internats de Morlaix, Quimper, Pont l'abbé et Douarnenez. A Louis Marie Jouanno, Hélène Madec, Agathe le Madec, Georges Hamoud, Francois Touret, Alice Le Hir, Caroline Hoquin, à toutes les internes de pédiatrie, Joanne Le Bec, Adelaïde Ruesch, Karan Soler, Youen Le Glas, Laetitia Balcon. Un clin d'œil particulier à Lauren Hart de Keating ,que j'ai appris à connaître au cours de mon dernier stage avec qui je suis fière de présenter cette thèse.

A tous mes maitres de stages qui ont pris le temps de m'apprendre les méandres de la psychologie humaine et de la médecine. Merci à Dr Andro, à Dr Rogé, Dr Renault, à tous les médecins urgentistes de Morlaix, à tous les pédiatres du service de Quimper, à Dr Viala, à Dr Le Guyader, à Dr Gunenbein, à Dr Leroy, à Dr Mischke, à Dr Sez nec-Renault, à Dr Kervella, à Dr Attencourt, à Dr Mercadal, à Dr Bœuf, à Dr Baron et à tous ceux qui ont pris de leur temps pour me transmettre leur savoir et de leur bienveillance.

Un grand merci également à toute l'équipe du GEMMO, aussi bien à nos professeurs qui nous chouchoute pour devenir de meilleurs médecins-ostéopathes aussi bien professionnellement que humainement qu'à mes collègues devenus amis qui se forment avec moi .

A mes amis,

Je les remercie de tout mon cœur d'être présent depuis si longtemps, d'être un soutien moral sans même s'en rendre compte, d'avoir été à l'écoute, d'avoir accepté mon absence à cause de mes études et de m'accompagner comme une famille pour devenir une meilleure personne. Merci à :

Marie, mon amie qui me supporte depuis la primaire. Merci d'être là, de ne jamais me juger, d'être toujours de bons conseils et de continuer à me donner cet exemple de persévérance, de courage et de continuer à me permettre de croire en l'intelligence émotionnelle.

Léa, mon amie présente depuis si longtemps également qui est devenue un sacré bout de femme toujours aussi pimpante, aussi joyeuse, drôle et présente. Merci d'avoir toujours été là, de savoir montrer comment rebondir, de voir une opportunité dans chaque proposition faite et d'avoir toujours le sourire.

Ophélie, mon amie présente depuis cette rencontre au volley qui m'aura permis une des plus belles amitiés. Merci d'être toujours là, d'avoir toujours du temps pour les autres, d'être si curieuse et de toujours vouloir transmettre. Merci pour ses temps où tu as su mettre mon cerveau en pause (merci Friends, merci la bouffe et merci la mer !)

Claire, Céline, Cécile, Anne lise, Virginie, Maeva, Lucille que j'ai en partie connu grâce à ses études de médecine mais qui m'ont permis de vous connaître. Vous avez toujours été là, aussi bien dans les mauvais que les meilleurs moments de ses études et de ma vie. Merci d'être encore là . Vous êtes des femmes

incroyables de générosité, d'intelligence et simplicité . Merci d'être là.

Lucas, pour ta présence. Merci de TOUT ce que tu m'as appris, la liste serait bien trop longue .

Baptiste et Baptiste, merci de m'avoir appris le lâcher prise, pour ses barbecues, pour m'avoir appris à me dépasser encore plus, à me fixer de nouveaux objectifs, à continuer à m'ouvrir et à croire en moi.

mais également à Greg qui m'oblige à croire en moi et Fanny, pour ses voyages inoubliables qui m'ont permis de découvrir une belle personne.

Merci également aux patients que j'ai rencontré et que je vais rencontrer, qui m'apprennent tant de choses aussi bien sur la médecine, que sur moi-même ou sur la vie.

"Tell me and I forget. Teach me and I remember. Involve me and I learn" -

Benjamin Franklin -

Table des matières

I. Introduction	15
II. Matériel et Méthodes	17
1. Stratégie de recherche	17
2. Sélection des études :	17
1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	17
1.2. Évaluation de la qualité des articles	18
1.3. Les articles	18
III. Résultats	18
1. La recherche	18
2. Les échelles	27
3. Description des Echelles	34
4. Les qualités psychométriques des instruments	42
IV. Discussion	47
1. Les biais	47
2. Synthèse des résultats	48
3. Choix de l'échelle	48
V. Conclusion	49
VI. Bibliographie	49
VII. Annexes	56
Annexe 1.	56
Annexe 2 .	58
Annexe 3.	58

Liste des figures et tableaux :

Tableau N°1 :Types d'études des articles inclus référencés à la lecture de l'article entier.

Tableau N°2 :Articles inclus des articles référencés soit 43 articles.

Tableau N°3 : Les échelles de qualité de vie avec leurs dimensions et leurs items

Tableau N°4 : Echelles et qualités psychométriques

Tableau N°5 : Qualités psychométriques des échelles

Figure 1-Flow chart de la sélection des articles selon les critères PRISMA.

Figure 2-Sélection sur le titre et résumé des articles avec nombre d'articles exclus et leurs motifs d'exclusion.

Figure 3-Nombre d'articles par échelle retrouvés par échelle.

I.Introduction

Un médecin a un but professionnel, permettre à ses patients de vivre en santé, les soigner de manière globale en les accompagnant quelque soit leur âge, leur sexe ou leur maladie, en s'adaptant à leur environnement culturel. Le professionnel se doit de respecter leur autonomie tout en intégrant son art dans les multiples dimensions du patient, c'est-à-dire aussi bien dans perspectives physique, sociale, culturelle, existentielle et psychologique.

Il existe des études permettant d'évaluer le contexte psychologique des patients grâce notamment à des questionnaires. Mais à partir du moment où l'on pense à évaluer l'état

psychologique du patient de manière spécifique lors d'une consultation, n'est-il pas déjà « trop tard » ? Cela montre que le médecin a déjà remarqué une altération.

Il est intéressant de vouloir prévenir d'une altération future en analysant l'environnement et l'état psychologique des patients et ceci dès le plus jeune âge. Evaluer la qualité de vie du patient précocement pour ainsi détecter une altération de celle-ci et agir en amont d'une altération future probable serait bénéfique pour le patient, pour la société et pour notre satisfaction de professionnel.

La qualité de vie est une notion qui apparaît durant l'Antiquité avec Aristote et Platon, qui parlent des concepts de Bonheur et de bien-être. Ce n'est qu'en 1964, qu'apparaît le terme qualité de vie qui sera repris ensuite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans sa déclaration d'Alma-Ata qui promeut la protection de la santé des peuples du monde. Elle déclare que « la promotion et la protection de la santé des peuples sont les conditions *sine qua non* d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale » (OMS, 1978). La qualité de vie nécessite de prendre en compte plusieurs dimensions de l'Humain. Elle fait référence à la satisfaction, au contentement que l'homme éprouve dans sa vie ou à l'accomplissement des expériences vécues (Schalock, 1996)(1). Cette définition va engendrer des études de mesure de la qualité de vie. En 1993, l'OMS propose de définir la qualité de vie comme la « perception qu'a l'individu quant à sa position dans la vie dans le contexte culturel et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, attentes, normes, et inquiétudes » (WHOQOL Group, 1993)(2). Cette définition fait actuellement l'objet d'un consensus. La qualité de vie est ainsi un concept évolutif qui ne peut se soustraire à l'influence d'un contexte culturel.

On peut penser que l'étude de la qualité de vie permet de décentrer les professionnels de leurs croyances sur l'environnement complexe du patient, favorise les démarches de normalisation en incitant à mettre en place un programme individualisé à chaque patient et notamment à l'adolescent (3).

L'adolescence est une période clé qui selon l'OMS se situe entre 10 et 19 ans. C'est une période cruciale avec de multiples changements aussi bien physiques que psychologiques. Cet état de transition est une période vulnérable où la prévalence de la dépression est de 14 % en France selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)(4).

L'évaluation psychologique n'est pas systématique lors des consultations de médecine générale. Il existe pourtant des échelles pour évaluer la dépression des adolescents et ainsi détecter en amont une altération de l'état psychologique ou physique du jeune patient pour ainsi prévenir des conséquences graves. L'existence de telles échelles est importante du fait du manque de dépistage mais également par le fait que les médecins ont tendance à sous-estimer le mal être des adolescents. L'application systématique d'une échelle de la qualité de vie permettrait ainsi d'agir de manière préventive et ne pas retarder une prise en charge adaptée pour des pathologies comme la dépression qui peuvent avoir de graves conséquences si une prise en charge n'est mise en place tôt. En effet, en France, le suicide est la deuxième cause de mortalité parmi les 15-24 ans.). En France également, dans l'étude de Flament et al(5), deux tiers des adolescents présentant un épisode dépressif majeur (EDM) et près de 80 % de ceux présentant une dysthymie (forme chronique et modérément sévère de la dépression) n'ont pas eu accès à des soins

Le projet Adodesp, réalisé à Brest, vise à détecter un trouble dépressif chez les adolescents dont les parents ont été diagnostiqués dépressifs, en soins primaires, en leur faisant remplir un questionnaire d'évaluation. Il est nécessaire pour cela d'avoir un questionnaire qui évalue la qualité de vie des adolescents, ce que l'on s'efforcera de rechercher lors de cette revue de la littérature.

Il existe de multiples échelles internationales standardisées qui ont été créées pour évaluer la qualité de vie des populations adolescentes. Il s'agit d'évaluations individuelles des adolescents et de leurs parents pour quelques échelles, subjectives par plusieurs aspects de la vie incluant :le bien-être physique, le bien être psychique, les relations avec les autres, les ressources financières...Cette revue de la littérature a pour but principal de recueillir les différentes échelles génériques existantes évaluant la qualité de vie des adolescents en bonne santé dans le monde.

II. Matériel et Méthodes

La méthode utilisée était celle d'une revue systématique de la littérature suivant le protocole PRISMA(PREFERRED Reporting Items for Systematic reviews and Meta Analyses)([Annexe 1](#)).Le but de cette méthode était d'obtenir une revue de la littérature reproductible, c'est à dire réutilisable et de qualité. Le protocole PRISMA est composé de 6 étapes qui consistent à cerner le sujet de la revue, rechercher les articles selon une équation précise, sélectionner les articles trouvés ayant le sujet correspondant au mieux à l'équation retenue et vérifier l'éligibilité des articles.

1.Stratégie de recherche :

La recherche a eu lieu de novembre 2018 au 30 mars 2018 à l'aide de la base de données Scopus.

La recherche sur Scopus a été réalisée par mots clés après sélection d'une équation de recherche :

Scopus (base de données de Elsevier) :

TITLE-ABS-KEY ("quality of life» AND adolescent* AND questionnaire* AND scale*) AND (LIMITTO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "French"))

2. Sélection des études :

1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

- Les critères d'inclusion :

- Le terme qualité de vie mentionné dans l'article.

-la population étudiée inclus les adolescents de 11 à 18 ans en bonne santé.

- la date d'inclusion des articles, soit jusqu'au 30 mars 2018.

- le respect d'une grille de lecture ([Annexe 2](#)) évoquant certains critères d'exclusion parmi les articles étudiant une échelle de qualité de vie des adolescents.

- Les critères d'exclusion :
 - les adolescents malades, les adultes et les enfants
 - les populations spécifiques d'adolescents
 - la langue hors français et anglais
 - les articles mentionnant le bien-être et non la qualité de vie.
 - le non-respect de la structure IMRAD (Introduction, Matériel, Résultats et Discussion)
 - score de qualité CASP < 5 ([Annexe 3](#))

Une première sélection a été réalisée sur le titre de l'article et son résumé. Ceux-ci devaient donc comporter ou étudier une échelle abordant la qualité de vie des adolescents en bonne santé au plus près de notre équation de recherche.

Puis une deuxième sélection sur le contenu de l'article a été faite, selon les critères évoqués ci-dessus.

Une triple sélection a été réalisée en aveugle avec le binôme et la directrice de thèse, pour s'assurer de la pertinence de la sélection. Un consensus, sur les désaccords d'inclusion ou d'exclusion, concernant les articles a été discuté entre les chercheurs.

1.2.Évaluation de la qualité des articles

La qualité des articles a été évaluée par la grille d'évaluation CASP ([annexe 3](#)) étaient exclus les articles ayant un score inférieur à 5.

La grille d'évaluation CASP (Critical Appraisal Skills Programme) (6) est une grille de 12 questions qui fournit des critères pertinents créée en 2017 par des praticiens non familiarisés avec les études qualitatives. Un résultat inférieur à 5 exclu l'article.

1.3.Les articles

Les articles entiers ont tous été trouvés via le moteur de recherche Google ou le site de la bibliothèque universitaire de l'Université de Bretagne Occidentale UBOdoc.

III. Résultats

1.La recherche

L'équation de recherche établie dans SCOPUS (TITLE-ABS-KEY ("quality of life» AND adolescent* AND questionnaire* AND scale*) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "French"))) a permis de retrouver 6441 articles, soit 6432 sans les doublons.

Les 6432 articles ont été divisés en 2 groupes soit 3216 articles par groupe. Ils ont ensuite été répartis équitablement dans le binôme avec 1608 articles à étudier chacun.

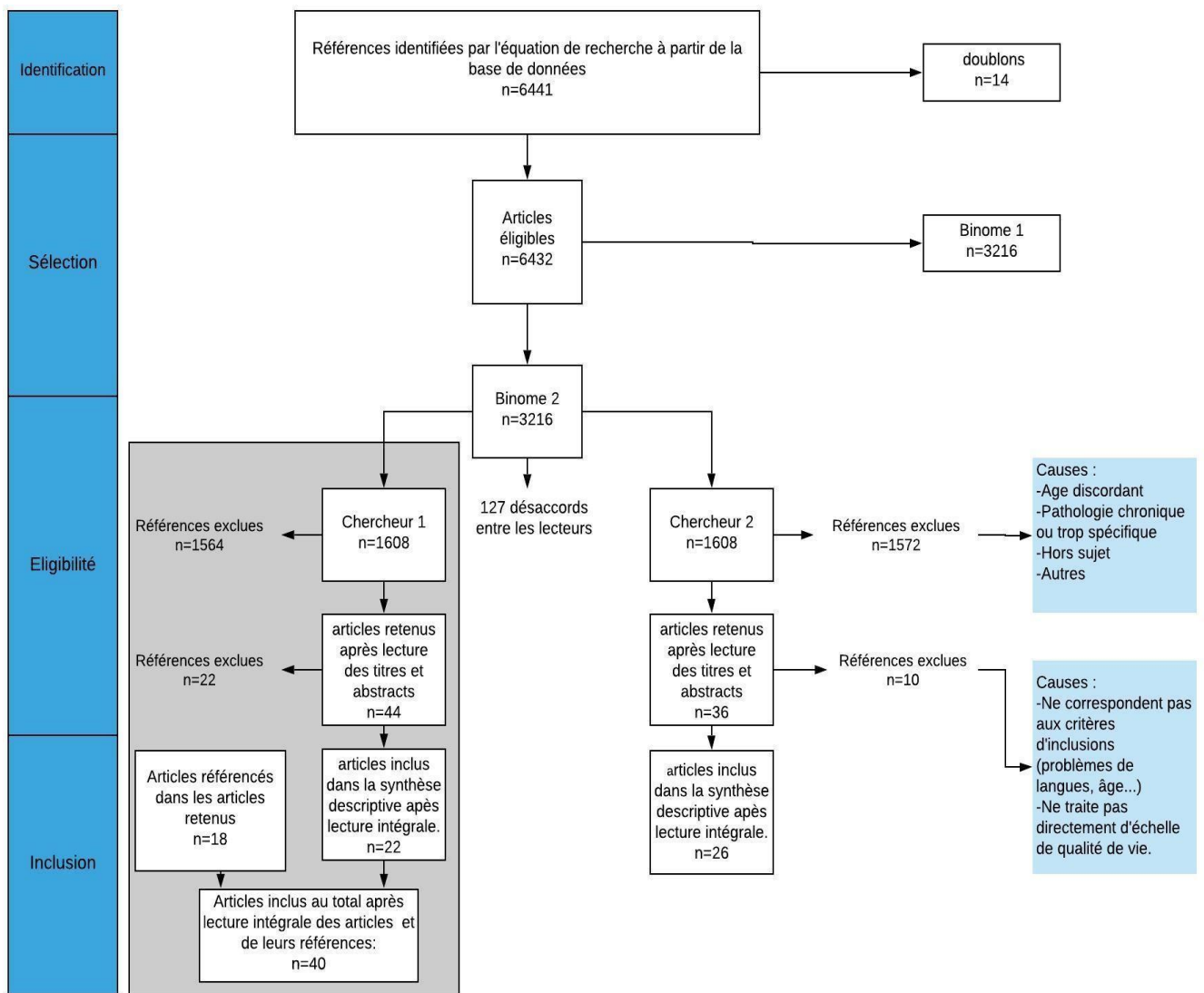
La partie 3 (chercheur 1), concernant ce travail comprenait les articles 4824 à 6432.

1564 articles ont été éliminés après la première lecture du titre et résumé des articles.

Sur les 44 articles restants, 22 ont été exclus car ils ne correspondaient pas au thème ou ne respectaient pas la grille de lecture de qualité des articles.

43 articles ont été inclus avec les 18 articles provenant de la bibliographie des articles trouvés dans la revue de la littérature.

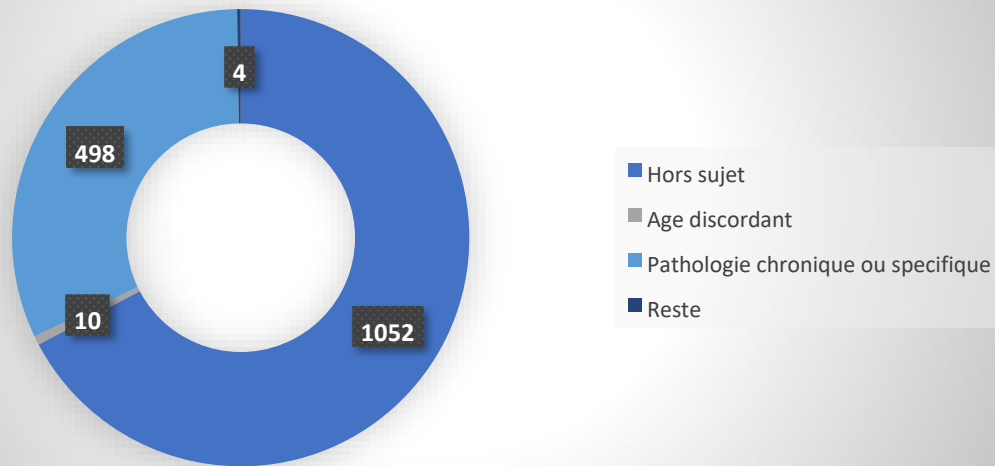
Figure 1 :Flow chart de la sélection des articles selon les critères PRISMA.



-Sélection sur le titre et le résumé des articles ;articles exclus et leurs motifs d'exclusion :22/1562

Figure N°2-Sélection sur le titre et résumé des articles avec nombre d'articles exclus et leurs motifs d'exclusion.

Articles



-Types d'articles retenus à la lecture de l'article entier parmi les 22 articles restants ainsi que les 18 articles retrouvés dans la bibliographie de certains articles

Tableau N°1 : Types d'articles

Type d'articles	Étude transversale	Cohorte	Essai contrôlé	Total
Sélection	38	1	1	40

Tableau N°2 des articles inclus (22+18 soit 40 articles)

Titre	Année	Journal	Auteurs
Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents(7)	2013	Health and quality of life	Pia Svedberg, Mårten Eriksson and Eva Boman
Development of a parent version of the ManchesterMinneapolis quality of life survey for use by parents and carers of UK children: MMQL-UK (8)	2008	Health and quality of life outcomes biomed central	Hayley A Hutchings, Penney Upton, Wai-Yee Cheung, Alison Maddocks, Christine Eiser, John G Williams, Ian T Russell, Sonia Jackson and Meriel EM Jenney

Socio economic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: Results from a European study (9)	2006	Current literature	Farley, Mason, K., Rice, J.Habel.,Scribner, R. & Cohen,
Reliability and validity of the 2013 Thai version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0(10)		Quality life research journal	PaskornSritipsukho,MatooradaWisai,MonaratThavorncharoensap
Item and response-category functioning of the Persian version of the KIDSCREEN27: Rasch partial credit model(11)	2012	Jafari et al. Health and Quality of Life Outcomes	PeymanJafari,ZahraBagheri and Mozhgan Safe
Development and psychometric evaluation of a Catalan self- and interviewer-administered version of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0(12)	2008	Journal of pediatricpsychology	Anna Huguet and Jordi Miro´
The PedsQL 4.0 as a pediatric population health measure: Feasibility, reliability, and validity(13)	2003	Ambulatory pediatrics	James W. Varni; Tasha M. Burwinkle, ; Michael Seid, Douglas Skarr
Quality of life in young people: Ratings and factor structure of the Quality of Life Profile - Adolescent Version(14)	2002	Journal of adolescence	Roger Bradford, Donna L.Rutherford and Alexandra John.
The short Form-12 health survey was a valid instrument in Chinese adolescents(15)	2010	Journal of Clinical Epidemiology	Daniel Y.T. Fonga, Cindy L.K. Lamb, Kwok Kei Makc, Wing SzeLoc, Yuen Kwan Laic,Sai Yin Hoc, Tai HingLamc
Reliability, construct and criterion validity of the	and2010	Quality life research	Ulrike Ravens-Sieberer, Michael Erhart, Luis Rajmil, Michael
KIDSCREEN-10 score: A short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life (16)	journal		Herdman,PascalAuquier,JeanetBruil,Michael Power, Wolfgang Duer,ThomasAbel,LadislavCzemy,JoannaMazur,AgnesCzimbalmos, Yannis Tountas,CurtHagquist, Jean Kilroe :the European KIDSCREEN Group

Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration (17)	2006	Health quality life outcomes	Jorngarden A Wettergen L, von Essen L.
Reliability and validity of the 2010 Iranian version of the Pediatric Quality of Life Inventory,4.0 Generic Core Scales in adolescents.(18)		quality life research	ParisaAmiri,Emad M. Ardekani, Sara Jalali-Farahani,FarhadHosseinpanah,James W. Varni,FazlollahGhofranipour,Alimontazeri,FereidounAzizi
A unique patient population? Health-related quality of life in adolescent athletes versus general, healthy adolescent individuals.(19)	2013	Journal of Athletic Training	Kenneth C. Lam; Alison R. Snyder Valier; R. CurtisBay; Tamara C. ValovichMcLeod, FNATA
Measurement Properties of the Hungarian Version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0: Health Related Quality of Life and Associated Characteristics of the School Children in Hungary(20)	2017	Applied Research Quality Life	Andrea Berkes,MagdolnaRiszter,EnikőFelszeghyIstvánPataki,GáborMogyorós
Evaluating the construct validity of the KIDSCREEN-52 quality of life questionnaire within a South African context(21)	2012	South African Journal of Psychology	Maria Florence
Psychometric properties of 2015 the self-report Malay version of the Pediatric Quality of Life (PedsQLTM) 4.0 Generic Core Scales among multiethnic Malaysian adolescents(22)		Journal of Child Health Care	Husna A Ainuddin,SiewYimLoh,KaruthanChinna, Wah Yun Low,April Camilla Roslani
adolescents(22)			

Reliability and validity of a nepalese version of the Kiddo-KINDL in adolescents.(23)	2010	Biosciences trends	Yamaguchi N, PoudelKC,PoudelTandukar K, Shakya D, RavensSieberer U, Jimba M.
Reliability and validity study of the KIDSCREEN health-related quality of life questionnaire in a Turkish child/adolescent population (24)	2016	Anatolian Journal of Psychiatry	Hakan Baydur, DilekErgin,GülGerçeklioglu, ErhanEser
Psychometric evaluation of the Taiwanese version of the Kiddo-KINDL generic children'shealth-related quality of life instrument(25)	2008	Quality life research	Pi-HsiaLee,Lu-I Chang, Ulrike RavensSieberer
Using factor analysis to confirm the validity of children's self-reported health-related quality of life across different modes of administration.(26)	2009	Clinical Trials	James W Varnia,b, Christine A Limbersc and Daniel A Newman
Health-related quality of life reported by french adolescents: A predictive approach of health status?(27)	2001	Journal of adolescent health	Marie Claude Simeoni, Christophe Sapin, Stéphanie Antoniotti and Pascal Auquier.
Health related quality of life in school going adolescents of Khyber pakhtunkhwakistan.(28)	2015	Healthrelated quality of life	Ernest R. Katz,TashaBurwinkle, James W. Varni, Ronald D. Barr
The PedsQL 4.0 as a school population health measure: Feasibility, reliability, and validity.(29)	2006	Quality of Life Research	James W. Varni, Tasha M. Burwinkle& Michael Seid
Assessing health-related quality of life in adolescents: Some psychometric properties of the first Norwegian version of KINDL-AE(30)	2005	Nordic College of Caring Sciences	SølviHelseth PhD, RN (Associate Professor) and Thorleif Lund

Age and gender differences 2009 in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multi level analysis(31)	Quality of life research	Michel G Bisegger, Abel T, Kidscreen group
The Kidscreen 52 quality of 2008 life measure for children and Adolescents:psychometric results from a cross cultural survey in 13 european countries.(32)	Value Health	Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Power M, Duer W, Auquier P, Cloetta B, Czemy L, Mazur J, Czimbalmos A, Tountas Y, Hagquist C, Kilroe J; KIDSCREEN Group.
The kidscreen 27 quality of 2007 life measure for children and adolescents:psychometric results from a cross cultural survey in 13european countries(33)	Quality of life research	Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M, Gosch A, Rajmil L, Bruil J, Power M, Duer W, CloettaB, Czemy L, Mazur J, Czimbalmos A, Tountas Y, Hagquist C, Kilroe J; European KIDSCREEN Group.
Measuring mental health and 2009 well-being of school children in 15 european countries using the Kidscreen 10 index(34)	International journal of public health	Erhart M1, Ottova V, Gaspar T, Jericek H, Schnohr C, Alikasifoglu M, Morgan A, Ravens-Sieberer U; HBSC Positive Health Focus Group.
Using rasch rating scale 2012 model to reassess the psychometric properties of the persian version of the pedsq 4.0 generic core scales in school children(35)	Health quality of life	Jafari P Bagheri Z, Ayatollahi SM, Soltani Z. outcomes
Some psychometric 2011 properties of the pediatric quality of life inventory version 4.0 generic core scales pedsq ,in the general serbian population(36)	Quality of life research	Stevanović D, Lakić A, Damnjanović M.
Reliability and validity of the 2007 PediatricQuality of Life Inventory™ (PedsQL™) Short Form 15 Generic Core Scales in Japan(37)	QualityofLife Research,	Chen, X., Origasa, H., Ichida, F., Kamibeppu, K., &Varni, J. W.
Validation of the Korean 2008 version of the pediatric quality of life inventory 4.0 (PedsQL) generic core	HealthQuality of life	Kook, S. H., &Varni, J. W. LifeOutcome s

scales in school children and adolescents using the Rasch model. Health Qual Life Outcomes(38)			
The kidscreen 52 quality of life measure for children and adolescents : reliability and validity of the korean version.(39)	2007	Journal of korean medical science	Sungdo David Hong, Jae Won Yang, Won Seok Jang, HeejungByun, Moon Soo Lee, HeeSoo Kim, Mi-Young Oh, and JiHaeKim
Reliability and validity of the kidscreen 52 health related quality of life questionnaire in a greek adolescent population(40)	2012	Annals of generalpsych Zervas	Chara Tzavara, AnastasiaTzonou, Ioannis iatry UlrickeRavens-Sieberer, ChristineDimitrakaki, and Yannis Tountas
Kidscreen 52 quality of life measure for children and adolesents(41)	2005	Expert review of Pharmacoeconomics and L, MazurJ, Czimbalmos A, Tountas Y, Hagquist C, Kilroe J, Kidscreen research Group E.	Ravens-Sieberer U, GoschA, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, Auquier P, Power M, Abel T, Czemy onomics and L, MazurJ, Czimbalmos A, Tountas outcomes Y, Hagquist C, Kilroe J, Kidscreen research Group E.
Assessing quality of life for adolescents in Taiwan(42)	2005	Psychiatry and clinical neuroscience s	Fuh J, Wang SJ, Lu SR, Juang KD.
Medición de la calidad de vida en niños y adolescentes: comprobación preliminar de la validez y fiabilidad de la versión española del cuestionario KINDL(43)	2004	Atencion primaria A, Ravens-Sieberer, Ulrike	Fernández-López, J, Fidalgo, M, Cieza,
The childhealth and illness profile adolescent edition/assesing well-being in group homes or institutions(44)	2002	Child welfare	Altshuler SJ Poertner J.
Health related quality of life in a Norwegiansample of Healthy adolescents : some psychometric properties of CHQ CF87 N in relation to Kindl N(45)	2006	Journal of Knut Adolescent Health,	SølviHelseth, Thorleif Lund., and Andreas Christophersen,

Validation of the european proxy kidscreen 52 pilot test health related quality of life questionnaire : first results(46)

The journal Robitail S, Simeoni MC, Erhart of adolescent M, Ravens-Sieberer U, BruilJ, Auquier health P; EuropeanKidscreen Group.

2. Les échelles

Cette revue de la littérature a permis de trouver 11 échelles de qualité de vie des adolescents dont Peds QL 4.0, kidscreen 53, Kidscreen 27, Kidscreen 10, Kiddo Kindl, MMQL, QOLPAV, SF12/36, VSAP A, TQOLQA, CHIP AE.

Figure N° 3- Nombre d'articles par échelle retrouvés.

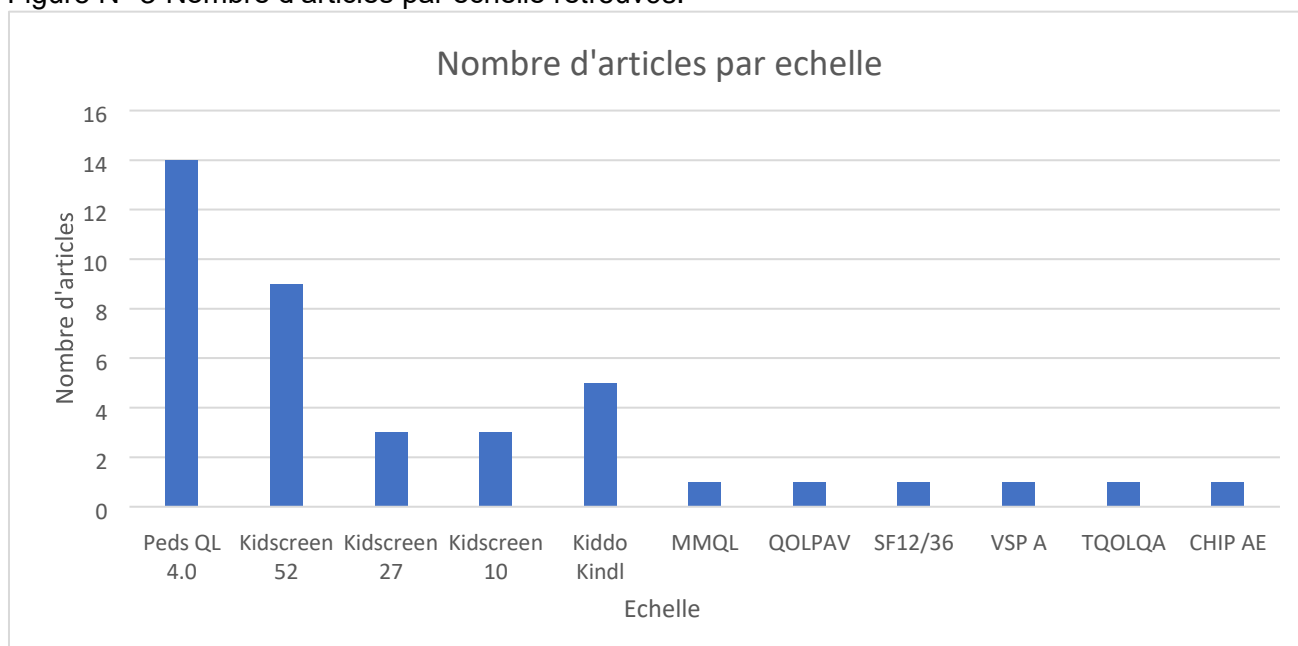


Tableau N°3. Les échelles de qualité de vie

Echelle	Domaines	Items
Kidscreen 52	Bien-être physique	la vie en général
		les activités physiques
		l'activité de course
		l'énergie vitale
		l'état général
	Bien être psychologique	la capacité de s'amuser
		le bonheur

Humeurs et émotions

l'énergie

la satisfaction de la vie

l'humeur

la capacité à se rendre compte de son bonheur

le sentiment de stress

le sentiment de douleur

le sentiment de tristesse

le sentiment d'aboulie

le mal être dans la vie

le sentiment de colère

le sentiment de solitude

Perception de soi

le corps

la satisfaction

les vêtements

le regard des autres porté sur soi

la jalousie

Autonomie

le temps libre

la quantité de temps libre

la liberté du temps libre

les activités du temps libre

le temps amical

Relations parentales et vie à la maison

l'amour parental

la compréhension parentale

le temps familial

l'équité des relations familiales

la communication intra familiale

Soutien social et pairs	l'entraide amicale
	la communication amicale
	les relations amicales
	activités amicales
	appréciation des relations amicales
Environnement scolaire	l'environnement scolaire
	les relations professorales
	l'appréciation scolaire
	le bonheur
	l'estime de soi

Acceptation sociale	la satisfaction des professeurs
	les relations sociales
	l'appréciation relations amicales
	le harcèlement
Ressources financières	les ressources pour activités libres
	les ressources pour les besoins primaires
	les ressources amicales
Bien-être physique	l'état général
	l'activité
	l'énergie
	la santé
	la course
Bien être mental et perception de soi	la vie
	l'humeur
	l'amusement
	la tristesse
	l'aboulie
	la solitude
	le comportement

Relation avec les parents et autonomie	le temps libre
	le choix des activités
	le temps familial
	l'équité des relations parentales
	la communication intrafamiliale
	les ressources pour activités libres
	les ressources pour besoins primaires
Soutien social et pairs	le temps amical
	l'appréciation du temps amical
	les relations amicales
	la confiance amicale
Environnement scolaire	le bonheur scolaire
	l'appréciation des relations scolaires
	le harcèlement
	les relations professorales

Kidscreen 10	l'état général	
	l'énergie	
	la tristesse	
	la solitude	
	le temps	
	le temps libre	
	l'équité des relations parentales	
	l'appréciation du temps amical	
	le temps scolaire	
	le harcèlement	
	la santé	
	Bien-être physique	la santé
		l'activité
	l'état général	

KiddoKindl

		l'énergie
Bien être émotionnel		l'amusement
		l'énergie
		la solitude
		la peur
Estime de soi		la fierté de soi
		l' estime de soi par rapport aux autres
		l'estime de soi
		la créativité
Famille		les relations intrafamiliales
		le bien être au domicile
		les conflits intra familiaux
		la liberté d'activité
Amis		les relations amicales
		l'appréciation par des amis
		l'appréciation des amis
		le sentiment de différence
Ecole		les devoirs scolaires
		l' appréciation scolaire
		l'avenir
		la peur scolaire
CHIP AE	Inconfort	l'inconfort physique
		l' inconfort émotionnel

		les limitations dans les activités
Satisfaction		la santé
		l'estime de soi
troubles		les troubles mineurs aigus
		les troubles majeurs aigus
		les troubles récurrents

		les troubles médicaux à long terme
		les troubles chirurgicaux à long terme
		les troubles psychosociaux
Réussite		l'appréciation scolaire
		la performance scolaire
Participation		la participation familiale
		la résolution de problème
		l'activité physique
		la sécurité domestique et santé
Risques		la menace de la réussite
		l'influence des pairs
		les risques individuels
TQOLQA	Physique (6 questions)	l'inconfort physique
		la concentration
		l'estime de soi
	Mental(6 questions)	la tristesse
		la satisfaction
	Fonction familiale (7 questions)	l'amour parental
		les relations intrafamiliales
		La compréhension parentale
	Amis (5 questions)	les relations amicales
		les activités amicales
		la communication amicale
		l'estime de soi
	Revenu (2 questions)	les ressources financières
		la satisfaction de la qualité de vie
	Logement	la sécurité
		l'appréciation du logement
	environnement	la satisfaction scolaire
		l'apprentissage

SF 36	Etat de santé générale	
	Evaluation de sa santé	
	Activités et limitations (10 questions)	
	Difficultés quotidiennes /santé(4 questions)	
	Difficultés quotidiennes/anxiété (4 questions)	
	Relationnel (2 questions)	
	Douleur (2 questions)	
	Sentiments (9 questions)	
	Activités sociales (1 question)	
	Perception de santé (4 questions)	
Pedsqi 4.0	Ma santé et mes activités (8 questions)	les activités physiques (7 questions)
		l'énergie
	Mes émotions (5 questions)	la peur
		la tristesse
		les sentiments (3 questions)
	Mes relations avec les autres adolescents	les relations avec les autres (5 questions)
Les études	le suivi scolaire (5 questions)	
VSP -A(42 items)	État de santé	l'état général (2 questions)
		les relations familiales (3 questions)
		la scolarité (2 questions)
		la tristesse (2 questions)
		l'estime de soi
		les relations amicales (4 questions)
		l'estimation des autres
		la liberté de mouvement (3 questions)
	Facteurs psychosociaux	les loisirs (9 questions)

	Facteurs socio démographiques la personne et les relations intrafamiliales (5 questions)
QOLPAV	Le fonctionnement physique
	L'amélioration
	Le plaisir

	Les activités quotidiennes
	L'utilisation des choses a dispositions.
	Les pensées
	Les croyances
	Le temps libre
	Le fonctionnement social
MMQL	Apparence physique
	Fonctionnement scolaire
	Fonctionnement social
	Fonctionnement émotionnel
	Activités physiques

3. Description des Echelles

>Echelles Kidscreen

Les questionnaires des échelles Kidscreen(47), créés en 2005, ont été élaborés à partir d'analyses de la littérature, de consultations d'experts et de groupes de discussion composés de plus de 3000 enfants et adolescents européens afin d'identifier les dimensions et les éléments de la qualité de vie pertinents pour les répondants. Elles mesurent la qualité de vie et le bien-être des adolescents en bonne santé. Elles ont été développées dans le cadre du projet européen «Dépistage et promotion de la qualité de vie liée à la santé des enfants et des adolescents de 8 à 18 ans - Un point de vue européen de la santé publique». Le projet s'est déroulé sur trois ans (2001-2004) et a réuni les pays suivants: Autriche, République tchèque, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Pologne, Espagne, Suède, Suisse, Pays-Bas et Royaume-Uni. L'analyse finale a donc comporté une analyse à l'échelle nationale et à l'échelle culturelle permettant d'obtenir des données normatives.

- L'échelle Kidscreen 52 est retrouvée dans 9 articles (9, 11, 23, 33, 34, 41, 42, 43, 48) de cette revue de la littérature et présente 52 questions. L'échelle est administrée au jeune et à son entourage, elle peut être remplie en 15 à 20 min. La fiabilité via le coefficient Alpha de Cronbach est supérieure à 0,70 pour les dix dimensions.

Elle évalue dix dimensions de la qualité de vie liées à la santé :

- le bien-être physique (5 items) ;
- le bien-être psychologique (6 items) ;
- les émotions et humeurs (7 items) ;
- la perception de soi (5 items) ;
- l'autonomie (5 items) ;
- les relations des parents et la vie à domicile (6 items) ;
- le soutien social (6 items) ;
- l'environnement scolaire (6 items) ;
- l'acceptation sociale (3 items) ;
- les ressources financières (3 items).

- L'échelle Kidscreen 27 est retrouvée dans 2 articles (13 et 35) et explore avec ses 5 dimensions et ses 27 questions la qualité de vie des adolescents. C'est une forme abrégée de Kidscreen 52 mais en gardant de bonnes propriétés psychométriques, avec une fiabilité (indice de Cronbach's alpha > 0,80) et une cohérence interne correcte. Elle est utile notamment lorsque la capacité des répondants à se concentrer est limitée. Le temps de réponses au questionnaire Kidscreen est de 10 à 12 min. La fiabilité (Alpha de Cronbach) est supérieure à 0,70 pour les cinq dimensions.

- Bien-être physique (5 items) ○
- Bien être psychologique (7 items) ○
- Autonomie et parents (7 items) ○
- Pairs et soutien social (4 items) ○
- Environnement scolaire (4 items)

- L'échelle Kidscreen 10 est la version la plus courte disponible pour une mesure de la qualité de vie liée à la santé. Elle se retrouve dans 3 articles (11, 18, 36) de cette revue et explore à travers ses 10 questions la qualité de vie des adolescents. On y retrouve une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,82). Remplir le questionnaire Kidscreen 10 nécessite environ 5 minutes.

>Echelle KiddoKindl

Cette échelle est retrouvée dans 5 articles (25, 27, 30, 32, 45). Elle explore à travers 24 items regroupés en 6 domaines la qualité de vie des adolescents.

- le bien-être physique ○ le bien être émotionnel ○ l'estime de soi ○ le bien-être familial ○ le bien-être associé aux amis ○ le bien-être lié l'école.

Le KINDL-R (48) est un instrument générique d'évaluation de la qualité de vie liée à la santé chez les enfants et les adolescents âgés de 3 ans et plus. La version originale du questionnaire, la KINDL, a été développée en 1994. Les professeurs Ulrike Ravens-Sieberer

et Monika Bullinger ont révisé le KINDL développant le KINDL-R en 1998. Le KINDL-R a été traduit dans de nombreuses langues et a été utilisé dans de nombreuses études allemandes et internationales. Trois versions différentes de l'instrument, adaptées à différents groupes d'âge et stades de développement existent. Le KINDL-R peut être utilisé chez les enfants et les adolescents âgés de 3 à 17 ans. Chaque version du questionnaire peut être complétée à la fois par les enfants et les adolescents, ainsi que par leurs parents en une dizaine de minutes. Chaque question fournit 5 réponses : jamais, rarement, parfois, souvent, et toujours. Les réponses sont codées avec une valeur comprise entre 1 et 5. Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie. L'indice de fiabilité (Alpha de Cronbach) est de 0,87.

>Echelle CHIP AE

L'échelle se retrouve dans 1 article(46) de cette revue. Elle évalue la qualité de vie des adolescents de 12 à 17 ans. Créée par Starfield et al. aux Etats unis en 1993(49), elle comporte un questionnaire pour les adolescents et une version parent. Elle étudie 5 domaines avec 45 items avec un temps de remplissage d'environ 30 min. Les domaines abordés sont :

- La satisfaction de la santé (7 items) ○
- L'estime de soi (5 items) ○
- Le confort physique (24 items) ○
- Le confort émotionnel (14 items) ○
- Limitations d'activité (7 items) ○
- Evitement de risque individuel (18 items) ○
- Menace dans leur réalisation (15 items) ○
- Influences des pairs (5 items) ○
- Participation familiale (7 items) ○
- Résolution de problèmes sociaux (8 items) ○
- Activités physiques (5 items) ○
- Sécurité domestiques et santé (12 items) ○
- Accomplissements et performance scolaire (7 items) ○
- Performance de travail (4items)

La validité interne y est correcte avec un Cronbach alpha a 0,70.

>Echelle TQOLQA(Taiwanese Quality Of Life Questionnaire of Adolescents)

Ce questionnaire(50) de 38 questions retrouvé dans 1 article(44), élaboré en Chine sur la base du projet qualité de vie de l'organisation mondiale de la santé. La première version quantifiable - un questionnaire de 70 questions, pour les adolescents entre 13 et 15 ans, réparties en cinq domaines: physique, psychologique, indépendance, relations sociales et environnement - est né au Japon. Lorsque le questionnaire a été testé en Chine, le α de Cronbach était de 0,92 pour les 70 items et variait de 0,70 à 0,87 pour chacun des cinq domaines. Un nouveau questionnaire, le TQOLQA, a donc été créé, en 2005 par Fuh. JL,WangSJ,LuSR,Juand KD autour de 38 questions concernant 7 domaines :

- Famille
- Environnement résidentiel ○
- Compétence personnelle ○
- Relations

sociales ○ Apparence physique ○ Bien-être psychologique ○ Douleur.

On retrouve des scores de qualité de vie élevés lorsqu' ils reflètent une meilleure qualité de vie. Ce questionnaire se réalise environ en 20 minutes.

>Echelle SF36

Elle est retrouvée dans 2 articles (17 et 19). Publiée à l'origine en 1992 dans Medical Care, l'enquête sur la santé sous forme abrégée (SF-36) en 36 questions(51) est une mesure de la qualité de vie liée à la santé, à l'origine décrit pour les adultes. Elle peut être exécutée en une dizaine de minutes pour des personnes allant de 15 à 75 ans. Le SF-36 est un questionnaire de 36 questions déclarées par les patients et couvrant huit domaines de la santé:

- Fonctionnement physique (10 items) ○ Douleur corporelle (2 items)
- Limitations du rôle dues à des problèmes de santé physique (4 items)
 - Limitations de rôles dues à des problèmes personnels ou émotionnels (4 items)
- Bien-être émotionnel (5 items) ○ Fonctionnement social (2 items)
 - Energie / fatigue (4 items) ○ Perceptions générales de la santé (5 items).

Un score élevé définit un état de santé plus favorable. Il comprend également un élément unique qui fournit une indication du changement perçu en matière de santé. Le SF36 présente des coefficients de Cronbach compris entre 0.80 et 0.92 pour les différentes souséchelles selon les études.

>Echelle de PedsQI 4.0

Cette échelle est retrouvée dans 14 articles de cette revue (12, 14, 15, 20, 21, 22, 24, 28, 31, 37, 38, 39, 40, 47).Elle permet de mesurer la qualité de vie liée à la santé chez des enfants et des adolescents en bonne santé, ainsi que chez ceux souffrant d'affections aiguës ou chroniques. Cette échelle a été créée en 1999 par Varniet est traduite en 54 langues. Cette échelle se remplit en 5 min, elle est différente selon l'âge avec une échelle spécifique pour les 13-18 ans. Elle est multidimensionnelle avec 4 domaines explorés avec 23 questions:

- Le fonctionnement physique(8 items) ○ Le fonctionnement émotionnel (5 items) ○ Le fonctionnement social (5 items) ○ Le fonctionnement scolaire(5 items).

C'est une échelle fiable(52,53) notamment entre le questionnaire de l'adolescent et celui du parent avec un Cronbach's alpha a 0,88 et peut distinguer les enfants en bonne santé de ceux malade. Elle est également très sensible aux changements, c'est-à-dire que la reproductibilité est forte représentée par le coefficient kappa pondéré de 0,31 à 0,81.Les scores sont convertis sur une échelle de 0 à 100, avec un score élevé synonyme d'une bonne qualité de vie.

>Echelle VSP A

Le questionnaire VSP-As(54) « Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent », est retrouvé dans 1 article de cette revue(29). C'est un indicateur de qualité de vie liée à la santé (QVLS), créé en 2005 par MC Siméoni et al., développé à partir du point de vue des adolescents scolarisés de 10 à 17 ans. Il décrit 7 dimensions en 42 items :

- Bien-être psychologique ○
Énergie/vitalité
- Parents
- Amis
- Vie sentimentale et sexuelle
- Activités de loisirs ○ Vie scolaire

Le VSP-A est fiable avec un alpha de Cronbach à 0,83. Le VSP-A se remplit en moins de 15 minutes, il permet de discriminer les adolescents malades et en bonne santé et de prédire une dégradation de leur état de santé.

>Echelle QOLPAV

L'échelle QOLPAV (Quality of Life Profile Adolescent Version) (55) a été élaborée par Raphael et al. en 1996 pour les adolescents de 14 à 18 ans. Elle a été retrouvée dans 1 article de cette revue(16) et mesure la santé déclarée par les enfants dans une perspective globale de qualité de vie. Elle couvre trois aspects principaux du fonctionnement de l'adolescent dans neuf sous-domaines divisé en 6 items, soit 54 questions:

- Bien-être physique (6 items) ○ Bien-être psychologique (6 items) ○ Bien-être spirituel (6 items) ○ Appartenance physique (6 items) ○ Appartenance sociale (6 items) ○ Appartenance communautaire (6 items)
- Devenir pratique (6 items) ○ Loisirs (6 items) ○ Croissance (6 items)

L'administration de l'instrument prend 40 minutes. Les propriétés psychométriques suggèrent que ce questionnaire a une bonne fiabilité avec un Cronbach alpha >0,80.

>Échelle MMQL :

Ce questionnaire(56), créé en 2002 par Bathia, retrouvé dans 1 article de cette revue de la littérature(10) a été développé à l'origine aux États-Unis pour les enfants survivants du cancer. La version originale du MMQL comportait trois formes différentes: une pour les enfants âgés de 8 à 11 ans (fiche enfant, MMQL-CF), une pour les 12-18 ans (fiche jeunesse, MMQL-YF) et une pour les jeunes de 19 ans à 25 ans. Toutes les formes MMQL mesurent les composants repartis en 6 sous domaines repartis en 32 questions :

- Fonctionnement physique ○
Fonctionnement psychologique ○
Fonctionnement social ○
Fonctionnement cognitif ○ L'image corporelle ○ Conception de la vie. ○
Les relations intimes

La cohérence interne des composants MMQL a été évaluée par l'alpha de Cronbach pour chacun des composants dépassant 0,7. Un nouveau questionnaire est à remplir 3 mois plus tard pour une bonne reproductibilité du questionnaire.

Tableau N°4 : Echelles et qualités psychométriques

Echelle	Age(ans)	Temps d'exécution(min)	Nombre de domaines	Types de domaines	Nombre de questions	Nombres d'articles
Peds QL 4.0	13-18 ans	10 min	4	Fonctionnement physique Fonctionnement émotionnel Fonctionnement social Fonctionnement scolaire	23	14
Kidscreen 52	8-18ans	15min	10	Fonctionnement physique Fonctionnement psychologique Emotions et humeurs Perception de soi Autonomie Relations familiales Soutien social Environnement scolaire Acceptation sociale Ressources financières	52	9
Kidscreen 27	8-18 ans	10min	5	Fonctionnement physique Fonctionnement psychologique Autonomie et relations familiales Pairs et soutien social	27	2
				Environnement social		
Kidscreen 10	8-18ans	5min	1	Etat général	10	3

KiddoKindl	3-17 ans	10min	6	Fonctionnement physique Fonctionnement psychologique Estime de soi Fonctionnement familial Fonctionnement social Fonctionnement scolaire	24	5
SF 36	15-75 ans	10min	8	Fonctionnement physique Douleur Limitation du rôle social du fait de la santé Limitation du rôle social du fait d'un mal psychologique Fonctionnement émotionnel Fonctionnement social Energie/fatigue Perception générale de la santé	36	2
VSP -A	10-17 ans	<15min	9	Fonctionnement psychologique Energie/vitalité Fonctionnement familial Fonctionnement amical Vie sentimentale et sexuelle Activités de loisirs Fonctionnement scolaire	42	1
QOLPAV	14-18 ans	40min	9	Fonctionnement physique Fonctionnement psychologique	54	1

				Fonctionnement spirituel Appartenance physique Appartenance sociale Appartenance communautaire Devenir Loisirs Croissance		
TQOLQA	13-15ans	20min	5	Fonctionnement familial Environnement résidentiel Compétences personnelles Fonctionnement social Fonctionnement physique Fonctionnement psychologique Douleur	70	1
CHIP -AE	12 -17 ans	30 min	5	Satisfaction de la santé Estime de soi Fonctionnement physique Fonctionnement psychologique Limitations d'activité Evitement du risque individuel Menace de réalisation Influence des pairs Participation familiale Résolution de problèmes sociaux	45	1

				Activités physiques Sécurité domestique Accomplissement et performance scolaire Performance au travail		
MMQL	8-11 ans	10min	6	Fonctionnement physique Fonctionnement psychologique Fonctionnement social Fonctionnement cognitif Image corporelle Conception de la vie Relations intimes	32	1

4. Les qualités psychométriques des instruments.

Les différentes échelles retrouvées dans cette étude ont des caractéristiques de qualités tels que la fiabilité représentée par le coefficient alpha de Cronbach's et la validité représentée par le coefficient de corrélation intra classe ou test/re-test.

La fiabilité :

La fiabilité d'une échelle est évaluée par le coefficient alpha de Cronbach, appelé également coefficient α . Il permet d'évaluer la cohérence interne et donc par conséquent la fiabilité)des questions posées lors de ce test. C'est-à-dire qu'il indique la bonne capacité des items du questionnaire à évaluer la qualité de vie en ce qui concerne cette étude. Sa valeur s'établit généralement entre 0 et 1 (toutes les mesures sont parfaitement corrélées) et est considérée comme acceptable à partir de 0,7.

Dans notre étude, et selon le tableau qui suit, l'ensemble des études présentent un coefficient alpha de Cronbach supérieur à 0,70.

La fiabilité d'une échelle est également évaluée par le coefficient de corrélation intra classe ou analyse de fiabilité test-retest. C'est-à-dire qu'il détermine la fiabilité des évaluations en comparant la variabilité de différentes évaluations chez une même personne.

Un coefficient de corrélation intraclass élevé, c'est-à-dire proche de 1 montre une très bonne reproductibilité du test et donc une bonne fiabilité et inversement s'il tend vers 0.

Ces deux coefficients sont représentés dans le tableau 5 qui suit.

La Validité :

La validité d'une échelle est sa la capacité de cette échelle à répondre à la question posée, c'est-à-dire a mesurer ce qu'on demande.

Celle-ci n'a pas été décrite car peu d'études l'analysaient.

La population étudiée :

L'ensemble des articles étudiés faisaient mention d'une population entre 8 et 18 ans. L'âge était un critère de sélection de notre étude.

Tableau N°5 -Résultats des analyses psychométriques

Echelles	Titre	Taux de réponse	Fiabilité :Alpha de Cronbach	Test-retest(ICC)	Nombre de personnes	Age(an nées)	Age moyen
Peds QL 4.0	The Peds QL 4.0 as a Pediatric Population Health Measure : Feasibility, Reliability ans Validity	58%	0,90	/	10241	2-16	7,9
	The PedsQL4.0 as a school population health measure : feasibility, reliability ans validity	59%	0,70-0,90	0,40-0,80	2437	8-18	/
	Measuring Health-related quality of life in young adolescents : Reliability ans validity in the Norwegian version of the Pediatric quality of life Inventory 4.0 (Peds QL) generic core scales	56%	0,77-0,88	0,21	237	13-15	/
	Psychometric properties of the selfreport Malay version of the Peds QL 4.0 generic core scales among multiethnic Malaysian adolescents	44,8%	0,70-0,89	/	297	13-18	15,02
	Validation of the Korean version of the pediatric quality of life inventory 4.0 generic cor escales in schoo lchildren and	70,9%	0,72-0,90	0,47-0,61	1425	8-18	/
	adolescents using the rasch model						
	Reliability ans validity of the Pediatric Quality of Life Inventory short Form 15 Generic Core Scale in Japan	59,2%	0,71-0,79	0,10-0,5	229	6-13	/

	Measurement Properties of the Hungarian Version of the Pediatric Quality of life Inventory 4.0 : Health Related Quality of life and Associated Characteristics of the SchoolChildren in Hungary	77,78%	0,70	0,40-0,80	1268	8-18	/
	A unique Patient Population ? HealthRelated Quality of life in Adolescent Athletes Versus général, Healthy adolescent individuals.	/	0,79-0,91	0,45-0,48	26591	13-18	/
	Realibility and validity of the Iranian version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 Generic Core Scales in adolescents	84%	0,70	0,4-0,8	983	13-18	/
	The Peds QL 4.0 as a Pediatric Population Health Measure : Feasibility, Reliability and Validity.	51%	0,70	/	20031	2-16	/
	Development and Psychometric Evaluation of a Catalan Self and Interviewer-Administered Version of the Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0	61,09%	0,60-0,75	/	51	9-17	/
	Realibility and validity of the Thai version of the PediatricQuality of Life Inventory 4.0	87%	0,70	0,4-0,8	291	8-18	/
Kidscreen 52	Reliability and validity of the KIDSCRREN - 52 health-related	63%	0,73-0,90	/	1194	11-17	

	quality of life questionnaire in a Greek adolescent population.						
--	---	--	--	--	--	--	--

	Realibility and validity study of the KIDSCRREN health - related quality of life questionnaire in a Turkish child/adolescent population	49%	0,69-0,95	0,75	662	8-18	13,1
	The Kidscreen-52 quality of life Measure for Children and Adolescents : Reliability and Validity of the Korean Version	/	0,77-0,95	0,759	405	13-15	13,8
	Evaluation the construct validity of the KIDSCREEN-52 quality of life questionnaire within a South African context	56,9%	0,76-0,81	/	565	14-18	/
	Validation of the European Proxy KIDSCREEN-52 Pilot Test Health Related Quality of Life Questionnaire : First Results.	64%	0,70	0,52	39881	8-18	/
	The Kidscreen 52 QUality of life Measure for CHildren and Adolescents : Psychometric Results from a cross-cultural Survey in 13 European Countries.	/	0,77-0,89	0,56-0,77	22827	8-18	16,1
Kidscreen 27	Item and responsecategory functioning of the Persian version of the Kidscreen 27 : Rasch partial credit model.	55,4%	0,80	/	1083	8-18ans	13,5

	The kidscreen 27quality of life measure for children and adolescents : psychometric results from a cross-cultural survey in 13European Countries	68,9%	/	0,61-0,74	22 827	8-18 ans	12,9
--	--	-------	---	-----------	--------	----------	------

Kidscreen 10	Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN 10 score : a short measure for children and adolescents 'wellbeing and healthrelated quality of life	68,9%	0,82	0,30-0,62	22 830	8-18 ans	/
	Measuring mental health and well being of school children in 15 European countries using Kidscreen 10 index.	50%	0,81	/	78 000	11-15 ans	/
Kiddo kindl	Assessing health related quality of life in adolescents : some psychometric properties of the first Norwegian version of Kindl.	78%	0,80	/	239	14-15ans	/
	Medicion de la calidad de vida en ninos y adolescentes : comprobacion preliminar de la validez y fiabilidad de la version espanola del cuestionario Kindl	/	0,77	/	243	8-16 ans	14
	Psychometric evaluation of the Taiwanese version of the Kiddo-Kindl generic children's Health -related quality of life instrument.	/	0,83	0,77	19851	12-16 ans	/
SF12/36	The Short Form-12 Health Survey was a	97%	0,80	0,05-0,020	31357	8-18	14,8
	valid instrument in Chinese adolescents					ans	
TQOLQA	Assesing quality of life for adolescents in Taiwan	89,4%	0,75	/	5538	13-15ans	/

MMQL	Development of a parent version of the Manchester-Minneapolis quality of life survey for use by parents and carers of UK children : MMQLUK(PF)	/	0,70-0,93	0,65	874	10-18ans	/
------	--	---	-----------	------	-----	----------	---

IV. Discussion

Lors de cette revue de la littérature, 11 échelles ont été trouvées évaluant la qualité de vie d'adolescents en bonne santé au niveau international sur un grand nombre d'articles. Ces 11 échelles permettent de comprendre la mise en place d'un questionnaire de qualité de vie mais aussi de voir les questions et thèmes qui diffèrent pour évaluer la qualité de vie. Ainsi l'OMS(57) reconnaît six dimensions pour évaluer la qualité de vie, tels que la dimension physique, psychique, le degré d'indépendance, les relations sociales et l'environnement, les convictions et la spiritualité personnelles. Ces six dimensions ont été mises en évidence par le questionnaire WHOQOL. Dans les instruments issus de cette revue, des divergences peuvent exister dans les dimensions qui sont retenues pour mesurer la qualité de vie des adolescents. Mais il existe un large consensus quant aux dimensions telles que le bien être mental et l'environnement social.

Il existe différents types d'échelles :

- des mesures génériques qui permettent une comparaison entre les adolescents malades ou les adolescents malades et les adolescents sains, telle que l'échelle VSP-A mais celles-ci manquent souvent de sensibilité, la détection des vrais positifs étant plus complexe lorsque l'on souhaite évaluer l'évolution de la qualité de vie sur une période plus ou moins longue et n'abordent pas les aspects spécifiques de la maladie.

- des mesures spécifiques qui étudient les adolescents atteints d'une maladie spécifique.

- et des outils modulaires comme la Peds QL 4.0 qui regroupe les avantages et inconvénients des deux mesures sus-jacentes.

Wallander et al., (2001) (58) vont plus loin encore en ne recommandant aucune mesure spécifique à une maladie: la qualité de vie doit être considérée comme une construction applicable à tous les enfants. C'est pour cela que notre revue de la littérature se base sur des échelles génériques.

1. Les biais

Un des biais retrouvé dans cette revue est le biais de sélection tout d'abord du fait de la recherche basée sur une seule base de données : SCOPUS qui limite le nombre d'articles et donc d'échelles possibles. Mais une autre étude est en cours concernant cette recherche sur d'autres bases de données. Il existe également un biais limité concernant la langue, car seuls les articles en français ou anglais étaient inclus, langues le plus souvent usitées pour les publications scientifiques.

De même, on peut évoquer la possibilité qu'il existe un biais de publication, c'est à dire que les revues scientifiques ont tendance à publier des questionnaires ayant obtenu un résultat positif, soit significatif que des questionnaires ayant des résultats négatifs.

Il existe également un biais d'information étant donné l'évaluation des articles selon la grille CASP qui est assez subjective. Son utilisation, notamment pour une novice est parfois un peu complexe. De même, l'accès aux détails des échelles n'était pas toujours possible.

En ce qui concerne le biais de confusion, nous avons voulu le minimiser en éliminant les sous-groupes de population et en se centrant sur les adolescents en bonne santé, de même les échelles n'abordant pas la qualité de vie stricto sensu étaient éliminées

2.Synthèse des résultats

Le nombre d'échelles internationales est relativement important du fait de l'intérêt croissant porté à la qualité de vie des adolescents en bonne santé.

Selon le tableau N°3, la plupart des échelles sont réalisables sur des âges correspondant à notre équation de recherche mais plusieurs échelles ont des différentiels d'âge important comme l'échelle SF 36 qui remet en cause la spécificité de l'âge dans notre équation.

Il existe également une différence de temps d'exécution des différents questionnaires allant de 10 minutes pour l'échelle Kidscreen 10 à 40 minutes avec la QOLPAV ce qui peut être difficilement applicable en consultation de médecine générale. Une consultation de médecine générale durant en général 15 à 20min, toutes ne sont pas réalisables en consultation.

De même, les domaines abordés sont différents selon les échelles, toutes les échelles n'abordant pas certains thèmes, ce qui peut influencer l'évaluation de qualité de vie. Il serait intéressant de comparer les scores de qualité de vie des différentes échelles et d'évaluer les thèmes majeurs entrant dans cette évaluation. Ainsi, notamment pour notre population cible, le thème de l'école paraît primordial hors l'échelle SF 36 ne l'aborde pas.

On remarque également que l'application de certaines échelles se fait aux enfants comme aux parents mais ne concerne pas toutes les échelles.

3.Choix de l'échelle

Le choix de l'échelle doit porter sur des critères tels qu'une bonne validité interne, avec un Cronbach supérieur à 0,80, un temps d'exécution relativement court tout en abordant de multiples domaines mais doit également être destiné aux adolescents.

Selon ses critères, l'échelle apparaissant la plus adaptée pour évaluer la qualité de vie des adolescents en médecine générale semble être Kidscreen27. En effet, l'échelle Kidscreen et ses 27 questions abordent 10 domaines, peut être réalisée en 10 min, est adaptée aux enfants et adolescents de 8 à 18 ans avec une bonne validité interne, soit un Cronbach supérieur à 0,70. Cette échelle permet en une consultation de faire une évaluation globale de la qualité de vie de l'adolescent tout en amorçant une prise en charge ultérieure.

De même, l'attention portée à l'adolescent au cours de cette consultation avec la réalisation d'un questionnaire de qualité de vie, en anticipant un mal-être non explicité, serait probablement un point d'amélioration dans la relation médecin-malade et ainsi une base de discussion et de soins. Un effet balint est recherché avec une implication du médecin dans la relation avec son patient(59) et par la même une alliance thérapeutique. Une approche qui peut elle-même améliorer la relation médecin malade et ainsi l'adolescent peut être plus à même de se confier au médecin et par la même accepter si besoin est une prise en charge

spécialisée. En effet, selon l'étude de Waelbroeck A. (60).le cadre de la consultation en soins primaires ne permet pas aux adolescents de formuler leur préoccupations et les enferme souvent dans la superficialité d'une plainte somatique ponctuelle, ainsi 62,7 % des adolescents avouent ne pas oser parler de certains sujets(61)

V.Conclusion

Cette revue de la littérature a donc retrouvé 11 échelles d'évaluation de la qualité de vie des adolescents en bonne santé.

L'une des meilleures d'entre elles semble être Kidscreen²⁷ avec sa réalisation récente plus adaptée aux besoins des adolescents et donc plus actuelle. En effet, l'évaluation multidimensionnelle et l'exécution du questionnaire se fait environ en 10 minutes. La réalisation d'un tel questionnaire pourrait constituer à elle seule une consultation avec la mise en place de solutions de prise en charge adaptées à l'adolescent.

L'utilisation d'une de ces échelles lors d'une consultation de médecine générale serait intéressante pour détecter au plus tôt les altérations de la qualité de vie des adolescents dû fait d'une pathologie aussi bien physique que mentale. Mesurer la qualité de vie des bénéficiaires âgés de 8 à 13 ans est important car elle permet d'intégrer une appréciation subjective de leur vécu, complémentaire de celle qui est réalisée à partir de critères objectifs.

La mise en place d'une étude dans des conditions réelles d'exercice de soins primaires serait intéressante. Avec pour objectif, l'évaluation de la faisabilité et des conséquences de l'évaluation de la qualité de vie des adolescents dans la prise en charge. Ainsi, le projet ADODESP développe cette problématique en dépistant par un questionnaire la prévalence de la dépression chez les adolescents dont les parents sont dépressifs, en soins primaires.

L'hypothèse à développer est que la faisabilité en cabinet de médecine générale est possible en mettant en place une consultation pré destinée avec une cotation adaptée, avec pour objectif secondaire l'évaluation de la prise en charge précoce. Cela permettrait la mise en place plus systématique et la reconnaissance d'une consultation dédiée nécessaire avec une mise en lien avec des outils, comme la maison des adolescents.

VI.Bibliographie

1.

Validation croisée d'un modèle contextuel d'évaluation de la Qualité de la Vie - Disponible sur: <http://www.rfdi.org/validation-croisee-dun-modele-contextuel-devaluation-de-la-qualite-de-la-vie/>

2.

WHO | The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 6 août 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/

3.

Chan Chee C, Guignon N, Delmas M-C, Herbet J-B, Gonzalez L. Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 févr 2012;60(1):31-9

4.

Cases C, Salines E. Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage. *Revue française des affaires sociales*. 2004;1(1):181.

5.

Xavier. Statistiques et chiffres de la dépression en France et dans le monde [Internet]. [cité 6 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.la-depression.org/comprendre-la-depression/la-depression-enchiffre/>

6.

casp. Home [Internet]. CASP - Critical Appraisal Skills Programme. [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: <https://casp-uk.net/>

7.

Svedberg P, Eriksson M, Boman E. Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents. *HealthQual Life Outcomes*. 23 oct 2013;11:176.

8.

Hutchings HA, Upton P, Cheung W-Y, Maddocks A, Eiser C, Williams JG, et al. Development of a parent version of the Manchester-Minneapolis quality of life survey for use by parents and carers of UK children: MMQL-UK (PF). *HealthQual Life Outcomes*. 28 févr 2008;6:19.

9.

Socioeconomic determinants of health-related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Child: Care, Health and Development*. sept 2006;32(5):603-4.

10.

Sritipsukho P, Wisai M, Thavorncharoensap M. Reliability and validity of the Thai version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0. *Qual Life Res*. avr 2013;22(3):551-7.

11.

Jafari P, Bagheri Z, Safe M. Item and response-category functioning of the Persian version of the KIDSCREEN-27: Rasch partial credit model. *HealthQual Life Outcomes*. 18 oct 2012;10:127.

12.

Huguet A, Miró J. Development and Psychometric Evaluation of a Catalan Self- and Interviewer Administered Version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0. *Journal of Pediatric Psychology*. 1 janv 2008;33(1):63-79.

13.

Varni JW, Burwinkle TM, Seid M, Skarr D. The PedsQL® 4.0 as a Pediatric Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. *AMBULATORY PEDIATRICS*. :13.

14.

Bradford R, Rutherford DL, John A. Quality of life in young people: ratings and factor structure of the Quality of Life Profile—Adolescent Version. *Journal of Adolescence*. 1 juin 2002;25(3):261-74.

15.

Fong DYT, Lam CLK, Mak KK, Lo WS, Lai YK, Ho SY, et al. The Short Form-12 Health Survey was a valid instrument in Chinese adolescents. *Journal of Clinical Epidemiology*. sept 2010;63(9):1020-9.

16.

Ravens-Sieberer U, Erhart M, Rajmil L, Herdman M, Auquier P, Bruil J, et al. Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Qual Life Res*. déc 2010;19(10):1487-500.

17.

Jörngården A, Wettergen L, von Essen L. Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health Qual Life Outcomes*. 1 déc 2006;4:91.

18.

Amiri P, M. Ardekani E, Jalali-Farahani S, Hosseinpanah F, Varni JW, Ghofranipour F, et al. Reliability and validity of the Iranian version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 Generic Core Scales in adolescents. *Quality of Life Research*. déc 2010;19(10):1501-8.

19.

Lam KC, Valier ARS, Bay RC, McLeod TCV. A Unique Patient Population? Health-Related Quality of Life in Adolescent Athletes Versus General, Healthy Adolescent Individuals. *Journal of Athletic Training*. mars 2013;48(2):233-41.

20.

Berkes A, Riszter M, Felszeghy E, Pataki I, Mogyorósy G. Measurement Properties of the Hungarian Version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0: Health Related Quality of Life and Associated Characteristics of the School Children in Hungary. *Applied Research Quality Life*. 1 sept 2019;14(4):981-1000

21.

Taliep N, Florence M. Evaluating the Construct Validity of the Kidscreen-52 Quality of Life Questionnaire within a South African Context. *South African Journal of Psychology*. juin 2012;42(2):255-69.

22.

Ainuddin HA, Loh SY, Chinna K, Low WY, Roslani AC. Psychometric properties of the self-report Malay version of the Pediatric Quality of Life (PedsQL™) 4.0 Generic Core Scales among multiethnic Malaysian adolescents. *Journal of Child Health Care*. juin 2015;19(2):229-38.

23.

Reliability and validity of a Nepalese version of the Kiddo-KINDL in adolescents. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20811137>

24.

Baydur H, Ergin D, Gerçeklioglu G, Eser E. Reliability and validity study of the KIDSCREEN Health Related Quality of Life Questionnaire in a Turkish child and adolescent population. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2016;17(6):496.

25.

Lee P-H, Chang L-I, Ravens-Sieberer U. Psychometric evaluation of the Taiwanese version of the Kiddo-KINDL® generic children's health-related quality of life instrument. *Quality of Life Research*. mai 2008;17(4):603-11.

26.

Varni JW, Limbers CA, Newman DA. Using factor analysis to confirm the validity of children's self-reported health-related quality of life across different modes of administration. *Clinical Trials*. 1 avr 2009;6(2):185-95.

27.

Simeoni MC, Sapin C, Antoniotti S, Auquier P. Health-related quality of life reported by French adolescents: a predictive approach of health status? *J Adolesc Health*. avr 2001;28(4):288-94.

28.

Siddique M, Ayub A, Hussain H. HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN SCHOOL GOING ADOLESCENTS OF KHYBER PAKHTUN-KHWA PAKISTAN. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. sept 2015;27(3):594-7.

29.

Varni JW, Burwinkle TM, Seid M. The PedsQL™ 4.0 as a School Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. *Quality of Life Research*. mars 2006;15(2):203-15.

30.

Reinfjell T, Diseth TH, Veenstra M, Vikan A. Measuring health-related quality of life in young adolescents: Reliability and validity in the Norwegian version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL) generic core scales. *Health and Quality of Life Outcomes [Internet]*. déc 2006 [cité 3 mars 2019];4(1). Disponible sur: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-75254-61>

31.

Michel G, Bisegger C, Fuhr DC, Abel T, KIDSCREEN group. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Qual Life Res*. nov 2009;18(9):1147-57.

32.

Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Power M, et al. The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*. août 2008;11(4):645-58.

33.

Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M, Gosch A, Rajmil L, Bruil J, et al. The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Qual Life Res*. oct 2007;16(8):1347-56.

34. Erhart M, Ottova V, Gaspar T, Jericek H, Schnohr C, Alikasifoglu M, et al. Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *Int J Public Health*. sept 2009;54 Suppl 2:160-6.

35.

Jafari P, Bagheri Z, Ayatollahi SMT, Soltani Z. Using Rasch rating scale model to reassess the psychometric properties of the Persian version of the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales in schoolchildren. *HealthQual Life Outcomes*. 13 mars 2012;10:27.

36.

Stevanović D, Lakić A, Damnjanović M. Some psychometric properties of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales (PedsQL™) in the general Serbian population. *Qual Life Res*. août 2011;20(6):945-9.

37.

Chen X, Origasa H, Ichida F, Kamibeppu K, Varni J. Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL™) Short Form 15 Generic Core Scales in Japan. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 1 oct 2007;16:1239-49

38.

Kook SH, Varni JW. Validation of the Korean version of the pediatric quality of life inventory 4.0 (PedsQL) generic core scales in schoolchildren and adolescents using the Rasch model. *HealthQual Life Outcomes*. 2 juin 2008;6:41.

39.

Hong SD, Yang JW, Jang WS, Byun H, Lee MS, Kim HS, et al. The KIDSCREEN-52 Quality of Life Measure for Children and Adolescents (KIDSCREEN-52-HRQOL): Reliability and Validity of the Korean

40.

Tzavara C, Tzonou A, Zervas I, Ravens-Sieberer U, Dimitrakaki C, Tountas Y. Reliability and validity of the KIDSCREEN-52 health-related quality of life questionnaire in a Greek adolescent population. *Ann Gen Psychiatry*. 13 févr 2012;11:3.

41.

Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, et al. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. juin 2005;5(3):353-64.

42.

Fuh J-L, Wang S-J, Lu S-R, Juang K-D. Assessing quality of life for adolescents in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. févr 2005;59(1):11-8.

43.

Fernández-López J, Fidalgo M, Cieza A, Ravens-Sieberer U. Measuring health-related quality of life in children and adolescents: preliminary validation and reliability of the Spanish version of the KINDL questionnaire. *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. 1 juin 2004;33:434-42.

44.

Altshuler SJ, Poertner J. The child health and illness profile-adolescent edition: assessing well-being in group homes or institutions. *Child Welfare*. juin 2002;81(3):495-513

45.

Helseth S, Lund T, Christophersen K-A. Health-related quality of life in a Norwegian sample of healthy adolescents: Some psychometric properties of CHQ-CF87-N in relation to KINDL-N. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 1 mai 2006;38:416-25.

46.

Robitail S, Simeoni M-C, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Bruil J, Auquier P, et al. Validation of the European proxy KIDSCREEN-52 pilot test health-related quality of life questionnaire: first results. J Adolesc Health. oct 2006;39(4):596.e1-10.

47 .

The KIDSCREEN-27 [Internet]. kidscreen.org. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.kidscreen.org/english/questionnaires/kidscreen-27-short-version/>

48.

KINDL-r (kiddyKINDL, kidKINDL, kiddoKINDL) | MeasuresDatabase [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://educationendowmentfoundation.org.uk/projects-and-evaluation/evaluatingprojects/measuring-essential-skills/spectrum-database/kindl-r-kiddykindl-kidkindl-kiddokindl>

49.

CHIP - Profil de la santé et des maladies infantiles [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/child-health-and-illness-profile>

50.

Fuh J-L, Wang S-J, Lu S-R, Juang K-D. Assessing quality of life for adolescents in Taiwan. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2005;59(1):11-8.

51.

Revue détaillée du Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36) [Internet]. Stroke Engine. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.strokeengine.ca/fr/indepth/revue-detaillee-du-medicaloutcomes-study-short-form-36-sf-36/>

52.

PedsQL Enfant de 3 à 25 ans et Parents.pdf [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: <https://hestia.chu-nantes.fr/Quadop/Documentation/PedsQL%20Enfant%20de%203%20%C3%A0%2025%20ans%20et%20Parents.pdf>

53.

PedsQL_VG.pdf [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: http://www.portailenfance.ca/wp/wpcontent/uploads/2015/11/PedsQL_VG.pdf

54.

Simeoni MC, Auquier P, Antoniotti S, Sapin M, San Marco JL. Validation of a French health-related quality of life instrument for adolescents : the VSP-A. Quality of Life Research. 2000;9, 4:393-403.

55.

Raphael, D., Rukholm, E., Brown, I., Hill-Bailey, P., et Donato, E. (1996). Le profil de la qualité de vie Version adolescent : Contexte, description et validation initiale. Journal of adolescent Health, 19(5), 366-375 .

56.

Dupeyron J-F, Courty B. Le bien-être des écoliers. Presses universitaires de Bordeaux; 2017. 203 p.

57.

WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf [Internet]. Disponible sur:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf

58.

Wallander JL, Schmitt M, Koot HM. Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments, and applications. *Journal of Clinical Psychology*. 2001;57(4):571-85.

59.

fichier_fiche41_remede_medecin_effet_medecin1bd62e.pdf [Internet]. [cité 5 juin 2020]. Disponible sur:

http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/851/fichier_fiche41_remede_medecin_effet_medecin1bd62e.pdf

60.

Waelbroeck A. communication avec les adolescents lors des consultations médicales. *Revue médicale de Bruxelles*. 2006 Sep ;27(4) :S 392-S 395

61.

Chevrollier R-M. La relation médecin généraliste-adolescents : vécu ,attente et ressenti des adolescents (Thèse d'exercice). (France) : Université René Descartes (Paris) . Faculté de médecine Necker enfants malades ; 2004

VII. Annexes

Annexe 1.

Critères PRISMA

Section/topic	#	Checklist item
TITLE		
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.
ABSTRACT		
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.
INTRODUCTION		
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).
METHODS		
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.

Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.

Section/topic	#	Checklist item
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.
RESULTS		
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).
DISCUSSION		
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policymakers).
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.
FUNDING		
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
For more information, visit: www.prisma-statement.org.

Annexe 2 .

Grille de lecture

Titre	Auteurs	Année	Revue/ref	Langue	quality of life as major topic	IMRAD format (Yes/No)	Inclusion (Yes/No/doutfull)	Justification for Inclusion or Non inclusion if needed
-------	---------	-------	-----------	--------	--------------------------------	-----------------------	-----------------------------	--

Annexe 3.

Grille CASP

>Question N°1 :

Les objectifs de l'étude ont -ils été clairement énoncés ?

-Quels étaient le ou les objectifs de l'étude ?

-Est-ce explicitement énoncé ?

-Comment sa pertinence est-elle justifiée ?

>Question N°2 :

Le choix d'une méthode qualitative était-il approprié ?

-L'étude a-t-elle cherché à explorer ou interpréter des conduites et /ou expériences subjectives des participants ?

-L'étude qualitative est-elle la bonne méthode pour répondre aux objectifs énoncés ?

>Question N°3 :

Le schéma d'étude est-il approprié pour atteindre les objectifs ?

-Les enquêteurs ont-ils expliqué et justifié la méthode choisie ?

La stratégie de sélection des participants est-elle adaptée aux objectifs de l'étude ?

Les enquêteurs ont -ils expliqué comment les participants ont été sélectionnés ?

En quoi les participants sélectionnés étaient les plus appropriés pour accéder au type d'information recherché par l'étude ? >Question N°4

Y'a-t-il eu d'autres informations concernant le recrutement ? (par exemple, pourquoi certaines personnes n'ont pas souhaité participer)

Question N°5. La manière dont les données ont été recueillies correspond-elle à la question de l'étude et à la méthode choisie ? Considérez :

- Si le milieu de recueil des données a été justifié.

- Si la technique de recueil des données est clairement spécifiée et justifiée (par exemple entretiens, groupes de discussion, observation participante, etc.)

- Si le processus de recueil des données a été concrètement détaillé (guides pour les entretiens, structure des groupes de discussion, processus d'observation...)
- Si la stratégie de recueil des données a été modifiée en cours d'étude et si oui, si les enquêteurs expliquent comment et pourquoi.
- Si le format d'enregistrement des données est précisé (audio/vidéo, notes, etc.)
- Si l'enquêteur a atteint la saturation des données.

>Question N°6.

La relation entre l'enquêteur et l'objectif de l'étude a-t-elle été considérée ?

- Si l'enquêteur a discuté son propre rôle, potentiel biais et son influence lors de : *la formulation des questions étudiées *le recueil des données, y compris le recrutement de l'échantillon et le choix du lieu
- Si l'enquêteur a présenté et justifié les changements conceptuels (reformulation des questions et objectifs de l'étude) et méthodologiques (critères d'inclusion, stratégie d'échantillonnage, de recueil des données, etc.)

>Question N°7.

Les problèmes éthiques ont-ils été pris en compte ?

- Si l'enquêteur a détaillé les aspects en rapport avec : * le consentement éclairé * la confidentialité des données * la gestion de la vulnérabilité émotionnelle (effet de l'étude sur les participants, pendant et après celle-ci, comme la conséquence de la prise de conscience de sa propre expérience)
- S'il a sollicité l'approbation d'un comité d'éthique.

>Question N° 8.

L'analyse des données a-t-elle été suffisamment rigoureuse ?

- S'il existe une description détaillée du type d'analyse (de contenu, de discours, etc.)
- Si une analyse thématique a été utilisée, comment les catégories/thèmes ont émané à partir des données.
- Si l'enquêteur explique par quel processus les résultats présentés ont été sélectionnés à partir des données recueillies.
- A quel point les données contradictoires ont été prises en compte dans l'analyse. (cas négatifs ou cas extrêmes)
- Si l'enquêteur a discuté son propre rôle, potentiel biais et son influence lors de l'analyse et de la sélection des données à présenter.

>Question N°9. Les résultats sont-ils clairement présentés ?

- Si les résultats correspondent à la question de l'étude.
- Si les résultats sont présentés de façon détaillée et compréhensible.

- Si les résultats de l'étude sont comparés avec les résultats d'études précédentes.
- Si l'enquêteur a justifié la stratégie utilisée pour assurer la crédibilité des résultats (par exemple, triangulation, validation par les participants, etc.)
- Si les limites de l'étude ont été discutées.

>Question N°10. Les résultats sont-ils applicables dans votre milieu ?

- Si l'enquêteur explique la contribution des résultats aux connaissances actuelles et à la pratique clinique.
- Si des perspectives de recherches futures ont été identifiées.
- Si l'enquêteur discute la possibilité de transférer les conclusions à d'autres population

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

