



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

GUIDE

Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la prise en charge clinique courante des personnes en obésité

Validé par le Collège le 29 février 2024

Descriptif de la publication

Titre	Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la prise en charge clinique courante des personnes en obésité.
Type d'indicateurs	Mesure des résultats de soins rapportés par le patient ou Patient Reported Outcome Measures (PROMs).
Type de publication	Guide d'aide à l'utilisation pour les professionnels de santé, les chercheurs et les associations ou groupes d'utilisateurs.
Mots clés	Indicateur de résultats, Patient Reported Outcome Measures (PROMs), questionnaire patient.
Méthode de travail	Le guide s'appuie sur des travaux publiés dans la littérature internationale (articles, rapports, guides, manuels) et des pages internet décrivant les questionnaires PROMs. Étaient recherchés les supports de recueil disponibles, les modalités d'administration, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, la (les) fréquence(s) d'administration des questionnaires, le temps de remplissage et comment accéder aux questionnaires.
Objectif(s)	Ce guide est un outil pratique d'aide à l'utilisation des questionnaires de mesure des résultats de soins rapportés par le patient, de type Patient Reported Outcome Measures (PROMs), traduits et validés en français pour la prise en charge clinique courante des patients en obésité. Il aborde les principaux points suivants : <ul style="list-style-type: none"> – Contexte ; – Comment choisir un questionnaire PROMs générique et un PROMs spécifique ? – PROMs retenus pour la prise en charge clinique courante des personnes en obésité et critères d'utilisation ; – Obésité : sélection, association et organisation du recueil des PROMs.
Cibles concernées	Patients, associations ou groupes d'utilisateurs, chercheurs, professionnels de santé, organisations et institutions
Demandeur	Auto-saisine
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Sophie Calmus (cheffe de projet au Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (SEvOQSS)), Sandrine Morin (adjointe à la cheffe de service du SEvOQSS), Dr Laetitia May-Michelangeli (cheffe de service du SEvOQSS)
Recherche documentaire	Mme Emmanuelle Blondet (documentaliste), Mme Sylvie Lascols (assistante documentaliste)
Auteurs	Sophie Calmus (cheffe de projet au SEvOQSS), Sandrine Morin (adjointe à la cheffe de service du SEvOQSS)
Contributeurs	Représentants de 3 associations : Marion Sarroca (Ligue nationale Contre l'Obésité), Karim Achour (Collectif national des associations d'obèses (CNAO)), Claudine Canale (association Poids Plumes). Représentant d'un conseil patients : Alina Constantin (conseil patients de la Ligue contre l'obésité). Anne-Françoise Pauchet-Traversat (cheffe de projet au Service des Bonnes Pratiques (SBP)).
Remerciements	Karen Assmann (statisticienne au SEvOQSS), Muriel Dhenain (cheffe de projet au SBP).
Validation	Version du 29 février 2024

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information

5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00

© Haute Autorité de santé – février 2024 – ISBN : 978-2-11-172126-5

Sommaire

Avant propos	5
1. Contexte	7
1.1. Saisine	7
1.2. Objectifs du guide	7
1.3. Cibles du guide	8
1.4. Caractéristiques des personnes en obésité en France	8
1.4.1. Obésité chez les enfants/adolescents	9
1.4.2. Obésité chez les adultes	9
1.5. Les dimensions prises en compte dans les PROMs pour la prise en charge clinique courante des personnes en obésité	9
2. Comment choisir un questionnaire PROMs générique et un PROMs spécifique ?	11
2.1. Définition des différents types de questionnaires PROMs	11
2.2. Principes généraux sur l'association d'un questionnaire PROMs générique à un questionnaire PROMs spécifique	11
2.2.1. Les populations concernées par l'utilisation des questionnaires	12
2.2.2. Le mode d'administration des questionnaires	12
2.2.3. Les supports de recueil des données	12
2.2.4. Les modalités pratiques de calcul et d'interprétation des résultats	12
2.2.5. Le temps de remplissage d'un questionnaire	13
2.3. Choix des questionnaires	13
3. PROMs retenus pour la prise en charge clinique courante des personnes en obésité et critères d'utilisation	14
3.1. Questionnaires PROMs génériques retenus pour la prise en charge clinique courante des personnes en obésité	14
3.1.1. Questionnaires génériques communs à toutes les pathologies	14
3.1.2. World Health Organization Quality of Life assessment instrument (WHOQOL BREF)	15
3.2. Questionnaires PROMs spécifiques retenus pour la prise en charge clinique courante des personnes en obésité	22
3.2.1. Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite)	22
3.2.2. BODY Q	25
4. Obésité : sélection, association et organisation du recueil des PROMs	31
4.1. Association d'un questionnaire PROMs générique à un questionnaire PROMs spécifique pour les personnes en obésité	31
4.2. Choix et organisation du recueil des PROMs	31
5. Conclusion	33

Table des annexes	34
Annexe 1 Méthode	35
Annexe 2 Présentation des questionnaires spécifiques non retenus pour la prise en charge de l'obésité	41
Annexe 3 Exemple de questionnaires spécifiques sur les troubles anxieux et la dépression, utilisés dans la prise en charge de l'obésité	60
Annexe 4 Les populations de patients très à risque d'obésité	64
Références bibliographiques	65
Abréviations et acronymes	70

Avant propos

La qualité des soins doit pouvoir être mesurée. Son amélioration nécessite des données chiffrées pour analyser l'existant, définir les actions à mettre en œuvre et objectiver les progrès. Dans ce but, la Haute Autorité de Santé développe des indicateurs de qualité et de sécurité des soins : ce sont des outils de mesure d'un état de santé, d'une pratique, d'une organisation ou de la survenue d'un événement qui permettent de mesurer de manière valide et fiable la qualité des soins et de comparer les offreurs de soins.

Différents types d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins existent :

- les indicateurs de structures ou de ressources, permettant de répondre à la question « Avons-nous les moyens de bien faire ? » ;
- les indicateurs de processus ou de pratiques cliniques, permettant de répondre à la question « Faisons-nous comme il faut faire ? » ;
- les indicateurs de résultats, permettant de répondre à la question « Avons-nous de bons résultats ? ».

Les indicateurs mesurés auprès des patients peuvent se présenter sous la forme :

- d'une mesure des résultats de soins rapportés par le patient ou Patient Reported Outcome Measures (PROMs). Les PROMs permettent de détecter des changements de l'état de santé du patient, quelle que soit sa pathologie. Les questionnaires utilisés peuvent être génériques, utilisables quelle que soit la pathologie, ou spécifiques d'une pathologie ;
- d'une mesure de l'expérience du patient concernant son parcours de soins, ou Patient Reported Experience Measures (PREMs). Les PREMs s'intéressent à la manière dont le patient vit l'expérience des soins sur différentes dimensions : le temps d'attente, l'accès aux soins, l'implication dans la décision, la qualité de la communication... Comme pour les PROMs, il existe des PREMs génériques et des PREMs spécifiques ;
- d'une mesure de la satisfaction du patient quant au service rendu.

Ces trois types de mesures de la qualité des soins perçue par le patient sont complémentaires.

Les PROMs peuvent être utilisés¹ (1) :

- pour l'aide clinique et la décision médicale partagée : à partir des problèmes identifiés lors de l'analyse du questionnaire, ils améliorent la décision médicale partagée et la communication entre le patient et son médecin. Ils contribuent à personnaliser les soins au patient ;
- pour l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins par les offreurs de soins ;
- comme outil de comparaison entre offreurs de soins et de régulation du système de soins.

La HAS poursuit ses travaux sur les mesures de la qualité des soins perçues par le patient (PROMs, PREMs), initiés lors de la stratégie ministérielle « Ma Santé 2022 » (2018-2022) (2, 3).

¹ Le [panorama d'expériences étrangères](#) sur la qualité des soins perçue par le patient et les indicateurs de type PROMs et PREMs a été publié par la HAS en juillet 2021. L'objectif de ce panorama est : 1) d'éclairer la thématique des indicateurs de qualité perçue par le patient, en posant les définitions à partir d'éléments objectifs et scientifiques, et de favoriser une vision commune du sujet ; 2) de promouvoir le recueil et l'utilisation à bon escient des indicateurs de qualité perçue par le patient, en sensibilisant le grand public et en informant les professionnels de santé, les organisations de soins et les institutions.

Un programme pluri-annuel a été mis en place par la HAS début 2020, pour promouvoir la mise en œuvre de mesures de la qualité des soins perçue par le patient (PROMs, PREMs). Il s'inscrit dans un mouvement international pour le déploiement de mesures de la qualité des soins perçue par le patient (4-8).

Il comporte plusieurs projets :

- un panorama d'expériences étrangères sur les PROMs et les PREMs¹, publié en juillet 2021 (1) ;
- une enquête sur l'utilisation des questionnaires PROMs en ville ou en établissement de santé (ES), en 2022, dont les résultats ont été publiés en avril 2023 (9) ;
- une collection de guides d'aide à l'utilisation de questionnaires PROMs : un guide général (10) et des guides spécifiques portant sur des pathologies chroniques (11-14) ;
- des appels à projets pour la [mise en œuvre du recueil PROMs en ville ou en établissement de santé](#), dont les résultats sont attendus début 2024.

En France, il existe des initiatives locales ou régionales de recueil des PROMs, comme décrit dans le panorama et dans les résultats de l'enquête nationale. Les PROMs ne sont utilisés dans aucun dispositif national de recueil particulier et le choix de leur utilisation reste à l'appréciation des professionnels de santé en fonction de leurs besoins (1, 9).

À terme, l'ensemble des mesures de la qualité perçue par le patient pourra constituer une boîte à outils utile pour la mesure rapportée par le patient notamment dans les pathologies chroniques.

1. Contexte

1.1. Saisine

La HAS poursuit ses travaux d'élaboration de guides d'aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesures des résultats de soins (PROMs) pour les pathologies chroniques, initiés dans le cadre de « Ma Santé 2022 ». Pour chaque pathologie chronique retenue, il est publié un guide pour aider les professionnels de santé, les chercheurs, les associations ou groupes d'utilisateurs² à s'emparer des mesures des résultats de soins rapportés par le patient ou **Patient Reported Outcome Measures** (PROMs).

Ce guide propose une aide à l'utilisation des questionnaires PROMs pour améliorer la prise en charge clinique courante des personnes en obésité. Il ne cible pas les personnes en surpoids. Le choix du terme « personnes en obésité »³ est en cohérence avec les termes utilisés pour décrire les patients en obésité dans le guide « Parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte » (15).

L'analyse de la littérature et des sites internet a été prise en compte pour l'élaboration de ce guide (cf. **Annexe 1** portant sur la méthode) décrivant notamment la stratégie de recherche bibliographique.

Les avis de trois associations d'utilisateurs (Ligue nationale Contre l'Obésité, Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO), association Poids Plumes) et du Conseil Patients de la Ligue nationale contre l'obésité ont été consultés afin d'évaluer l'adéquation des questionnaires aux prises en charge actuelles.

1.2. Objectifs du guide

L'objectif du guide est de proposer une aide à l'utilisation des questionnaires PROMs pour la prise en charge clinique courante des personnes en obésité.

Le cadre général de l'utilisation des questionnaires PROMs génériques et spécifiques est explicité dans la partie 2. Le choix de leur utilisation reste à l'appréciation des utilisateurs en fonction de leurs besoins.

Ce guide aborde les principaux points suivants :

- *Comment choisir un questionnaire PROMs pour la prise en charge clinique courante des personnes en obésité ? :*
 - rappel des définitions des questionnaires PROMs génériques et spécifiques ;
 - rappel des principes généraux sur l'association d'un questionnaire PROMs générique à un questionnaire PROMs spécifique ;
 - choix des questionnaires.
- *PROMs retenus pour la prise en charge clinique courante des personnes en obésité et critères d'utilisation :*
 - questionnaires PROMs génériques retenus pour la prise en charge clinique courante des personnes en obésité ;

2 Sans qu'il soit nécessaire qu'ils (elles) soient agréé(e)s.

3 Le groupe de travail qui a construit le parcours de soins avec la HAS avait initialement opté pour plusieurs choix pour nommer les patients présentant un surpoids et surtout une obésité : « obèses », « personnes en situation d'obésité », « personnes vivant avec une obésité » ou encore « personnes en obésité ». Le choix s'est finalement porté sur « personne en surpoids » et « personne en obésité ». Il s'agissait d'insister sur la place centrale de la personne et la raison du parcours de soins, à savoir le surpoids ou l'obésité.

- questionnaires PROMs spécifiques retenus pour la prise en charge clinique courante des personnes en obésité ;
- *Obésité : sélection, association et organisation du recueil des PROMs :*
 - association d'un questionnaire PROMs générique à un questionnaire PROMs spécifique pour les personnes en obésité ;
 - choix et organisation du recueil des PROMs.

1.3. Cibles du guide

Ce guide est destiné :

- aux professionnels de santé : pour obtenir un cadre de discussion avec les patients et acquérir une compréhension et une évaluation communes de l'impact de l'obésité sur la vie du patient ;
- aux cliniciens chercheurs : pour mieux comprendre l'impact de l'obésité sur la qualité de vie des patients⁴ ;
- aux associations ou groupes d'usagers : pour aider au déploiement des questionnaires à l'hôpital ou en ville, et faire de la pédagogie auprès des patients et des professionnels de santé.

Les questionnaires PROMs, présentés ci-après, permettent aux cibles d'avoir une meilleure connaissance de ce qui est disponible. Elles pourront s'en emparer et les utiliser en pratique clinique courante. Le choix de l'utilisation d'un questionnaire reste à l'appréciation des professionnels de santé ou des associations de patients en fonction de leurs objectifs.

Ce guide peut également servir aux industriels travaillant dans le secteur de la santé⁵.

Encadré 1 : PROMs et participation et engagement des usagers.

Les PROMs constituent de bons outils de participation des usagers à l'amélioration personnelle ou collective de leurs parcours de soins. Néanmoins, la dynamique de l'engagement réclame d'aller plus loin que la simple participation de la personne à renseigner un questionnaire.

Les PROMs pourraient constituer un outil de l'engagement en santé au sens où l'a développé la HAS dans sa recommandation de juillet 2020 : « Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire⁶ ». Pour mériter la qualité d'outil de l'engagement des usagers au sens des principes et valeurs identifiés, il conviendrait que des patients, par leurs associations ou par un groupe *ad hoc* constitué pour une telle démarche, soient partie prenante de la conception à l'implémentation de cette démarche, en n'oubliant pas l'analyse des résultats et les mesures correctrices envisagées.

1.4. Caractéristiques des personnes en obésité en France

L'*International Classification of Diseases 11* (ICD-11) définit le surpoids et l'obésité et les évalue par l'indice de masse corporelle (IMC), un marqueur de substitution de l'adiposité calculé selon le rapport poids (kg)/taille² (m²) :

4 Si les chercheurs ou les professionnels de santé envisagent en plus de conduire une étude médico-économique, alors il vaut mieux utiliser le questionnaire « EQ-5D-5L » – cf. « Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS – 2020 » https://www.has-sante.fr/jcms/r_1499251/fr/choix-methodologiques-pour-l-evaluation-economique-a-la-has

5 Guide méthodologique « Études en vie réelle pour l'évaluation des médicaments et dispositifs médicaux ». HAS. Juin 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3284524/fr/etudes-en-vie-reelle-pour-l-evaluation-des-medicaments-et-dispositifs-medicaux

6 « Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire » – Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. HAS. Septembre 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire

- le surpoids est une affection caractérisée par une adiposité excessive ;
- l'**obésité** est définie par un **IMC supérieur ou égal à 30**. C'est une maladie complexe chronique définie par une adiposité excessive qui peut affecter la santé. Il s'agit dans la plupart des cas d'une maladie multifactorielle due à des environnements obésogènes, à des facteurs psychosociaux et à des variantes génétiques.

1.4.1. Obésité chez les enfants/adolescents

Le « Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) », publié en février 2022, décrit le parcours pour les enfants et les adolescents en situation de surpoids et d'obésité (16).

En France, en 2015, le surpoids et l'obésité concernaient respectivement 17 % et 4 % des enfants de 6 ans et plus. Les données de 2017 ont montré une augmentation (respectivement 20 % et 5,4 % pour le surpoids et l'obésité), tout particulièrement chez les adolescentes.

L'obésité a un impact sur la santé : elle entraîne un risque accru d'obésité, de décès prématuré et de handicap à l'âge adulte. L'obésité peut entraîner des difficultés respiratoires, des troubles musculo-squelettiques, un risque accru de fractures, une hypertension artérielle, une apparition des premiers marqueurs de maladie cardio-vasculaire, une résistance à l'insuline et des problèmes psychologiques (16).

Chez les jeunes en situation de handicap, la prévalence du surpoids et de l'obésité est plus importante dès l'enfance, et peut s'aggraver au cours du temps et induire un sur-handicap au sens des difficultés fonctionnelles (16).

1.4.2. Obésité chez les adultes

Le « Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte », publié en février 2024, décrit le parcours pour les patients adultes en surpoids et en obésité (15).

En France, en 2015, la prévalence de l'obésité était de 17 % chez les hommes et chez les femmes. En 2015, l'obésité était dite modérée ($30 \text{ kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 35 \text{ kg/m}^2$) chez les trois quarts des personnes en obésité. La part de l'obésité dite massive ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$) au sein de l'obésité était de 6 % chez les hommes et de 12 % chez les femmes (i.e : la prévalence de l'obésité massive était deux fois plus élevée chez les femmes (2,1 %) que chez les hommes (1 %)).

La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge. En 2015, elle était deux fois plus élevée chez les 55-74 ans que chez les 18-39 ans : 21,5 % [17,2-26,6] *versus* 10,1 % [6,2-16,2] chez les hommes ($p < 0,01$), et 20,6 % [16,4-25,5] *versus* 11,3 % [7,4-17,1] chez les femmes ($p < 0,05$).

1.5. Les dimensions prises en compte dans les PROMs pour la prise en charge clinique courante des personnes en obésité

Les travaux de consensus réalisés par de Vries *et al.* font état de 8 dimensions prioritaires à mesurer par les questionnaires PROMs pour les personnes en obésité : il s'agit des dimensions jugées les plus importantes par les experts et les patients (17, 18) (cf. **Annexe 1**) :

1. estime de soi ;
2. santé/fonctionnement physique ;
3. santé mentale/psychologique ;
4. santé sociale ;

5. alimentation ;
6. stigmatisation ;
7. image corporelle ;
8. excès de peau.

Néanmoins, les questionnaires PROMs validés et disponibles portant sur l'obésité couvrent d'autres dimensions comme :

- l'activité physique ;
- la gestion des traitements ;
- les effets secondaires d'un traitement sur l'obésité ;
- la gestion du travail au quotidien ;
- le bien-être.

2. Comment choisir un questionnaire PROMs générique et un PROMs spécifique ?

2.1. Définition des différents types de questionnaires PROMs

Il existe deux types de questionnaires PROMs : des questionnaires dits génériques et des questionnaires dits spécifiques.

Les **questionnaires PROMs génériques** ne sont pas spécifiques à des pathologies et peuvent de fait être utilisés pour toutes les pathologies ou toutes les populations de patients.

Les **questionnaires PROMs spécifiques** sont des instruments adaptés à des populations spécifiques : soit une maladie (ex. : dépression, asthme), soit un groupe de patients (ex. : enfants, patients atteints d'un cancer). Ils peuvent s'attacher à une dimension du résultat (ex. : douleur, mobilité). Les questions évaluent des éléments spécifiques de la santé comme la présence/intensité de symptômes ou d'effets secondaires. Ce sont des instruments plus sensibles que les questionnaires génériques⁷, car ils sont capables de détecter de manière fine des différences (ex. : détecter une différence sur les résultats entre deux stratégies de traitement, suivre le résultat dans le temps), ce qui constitue un des intérêts des PROMs spécifiques pour une utilisation en pratique clinique courante.

Leur utilisation dépend de l'objectif de la mesure à effectuer.

De nombreux professionnels de santé utilisent des échelles de qualité de vie qui relèvent de ce que l'on qualifie de PROMs. Les questionnaires PROMs évaluent une ou plusieurs dimensions (fonctionnelle, psychologique, relationnelle...) de la qualité de vie : on parle de questionnaires **unidimensionnels** ou **multidimensionnels**.

2.2. Principes généraux sur l'association d'un questionnaire PROMs générique à un questionnaire PROMs spécifique

Les questionnaires génériques et spécifiques sont complémentaires et permettent d'avoir une information complète : ils répondent aux différents besoins des professionnels de santé et des patients en matière d'information sur les dimensions de la qualité de vie impactées par la maladie, et selon l'utilisation qu'ils souhaitent en faire (suivi individuel du patient ou comparaison de groupes de patients) (5, 19).

Pour une pathologie ou une prise en charge donnée, il est recommandé d'administrer deux types de questionnaires : un questionnaire PROMs générique et un questionnaire PROMs spécifique (5, 19, 20). Il est intéressant d'administrer les deux types de questionnaires en même temps, comme c'est le cas en général dans les études de recherche clinique.

Cela permet d'avoir une vision globale et précise de l'état de santé perçu par le patient (4, 21, 22).

⁷ Les questionnaires PROMs spécifiques sont sensibles car ils mesurent des dimensions importantes du résultat, qui diffèrent en fonction des groupes de patients. Ils comportent des questions pertinentes pour les patients, et ils améliorent par conséquent l'acceptabilité des questions (ex. : en augmentant les taux de réponses et en minimisant les données manquantes). Pour déterminer les dimensions importantes du résultat, les méthodes de conception des questionnaires recommandées comprennent la réalisation d'entretiens avec des patients, puis des analyses statistiques vérifiant que les dimensions identifiées sont mesurées de manière complète et homogène dans les questionnaires.

Dans le contexte français, il est recommandé d'administrer le questionnaire générique avant le questionnaire spécifique ; le questionnaire générique doit être court, facile à utiliser, et de préférence auto-administrable (20).

Si l'association de ces questionnaires est recommandée, elle peut être interrogée au regard des questionnaires choisis influençant la faisabilité du recueil en pratique clinique courante.

2.2.1. Les populations concernées par l'utilisation des questionnaires

Les populations sont indiquées pour chaque questionnaire PROMs : comme l'âge de la population de patients concernés (≤ 18 ans, ≥ 18 ans), etc. Cela permet de choisir le questionnaire le plus adapté à la population suivie.

2.2.2. Le mode d'administration des questionnaires

Il existe différentes modalités d'administration des questionnaires PROMs génériques et spécifiques :

- auto-administration par le patient ;
- administration par un professionnel de santé ou par un enquêteur formé ;
- administration au téléphone par un enquêteur ;
- administration par un système de réponse vocale interactif (SVI).

Pour un questionnaire PROMs concerné, des préconisations spécifiques sont disponibles en fonction de la (les) modalité(s) d'administration possible(s).

La plupart des questionnaires PROMs génériques et spécifiques peuvent être **auto-administrés**, c'est-à-dire que le patient peut remplir lui-même le questionnaire. Les questionnaires ne nécessitent aucune préparation particulière du patient ; néanmoins, ce dernier doit être en mesure de comprendre les questions et d'y répondre.

L'auto-administration a généralement lieu dans la salle d'attente d'un cabinet médical (ville/hôpital), mais peut aussi avoir lieu à domicile, selon les préconisations indiquées pour les questionnaires.

2.2.3. Les supports de recueil des données

Les questionnaires peuvent être administrés sur différents supports comme le papier, des supports informatisés (ex. : ordinateur, mobile et tablette), par téléphone (enquêteur au téléphone) ou par système de réponse vocale interactif (SVI).

La littérature indique que l'équivalence passation papier versus électronique est acquise concernant les réponses apportées (23). Les applications informatiques des PROMs sont aujourd'hui la norme et concernent par exemple toutes les productions du projet *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) qui n'envisage plus de passation papier (24).

2.2.4. Les modalités pratiques de calcul et d'interprétation des résultats

Les modalités pratiques de calcul et d'interprétation des résultats des questionnaires PROMs sont indispensables à l'interprétation des résultats des PROMs et des écarts mesurés d'une mesure à l'autre. À cette fin, pour les questionnaires PROMs génériques et spécifiques présentés dans le présent guide, il existe des manuels d'utilisation, des documents et des pages internet d'informations spécifiques, exposant la méthode de calcul des scores des PROMs et les modalités d'interprétation des résultats (cf. **Tableau 1** et **Tableau 2**).

La (les) fréquence(s) d'administration préconisée(s) varie(nt) en fonction du (des) questionnaire(s) PROMs. Néanmoins, le choix de la période et de la fréquence d'administration revient à l'appréciation du (des) professionnel(s) de santé en charge du suivi du patient.

2.2.5. Le temps de remplissage d'un questionnaire

Le temps de remplissage d'un questionnaire varie en fonction de la longueur du questionnaire (court < 20 questions ou long \geq 20 questions).

Pour les questionnaires PROMs génériques les plus couramment utilisés (SF-12, SF-36, EQ-5D), le temps de remplissage varie de 2 à 10 minutes (cf. partie 3.1).

2.3. Choix des questionnaires

Il convient de choisir un questionnaire PROMs générique et un questionnaire PROMs spécifique les plus adaptés à la situation clinique de la pathologie que l'on souhaite évaluer.

Un professionnel de santé, un chercheur, une association ou un groupe d'utilisateurs peut ainsi ordonner son choix de questionnaire en fonction des critères suivants.

- **Critères médicaux :**
 - Quelle est la pathologie évaluée ?
 - Quel est l'âge des patients concernés ?
 - Quel est le stade de la maladie évaluée ? diagnostic, suivi de l'évolution de la maladie, apparition de comorbidités associées, maladie à un stade avancé...
 - Quels aspects de la prise en charge sont évalués ? choix des questions (et des dimensions dans le cas d'un questionnaire multidimensionnel) : symptômes, limitations physiques, aspects fonctionnels, fatigue, aspects psychologiques, aspects sociologiques...
 - Quel suivi de la prise en charge est évalué ? évolution clinique du patient ou entre des groupes de patients comparés.
- **Critères opérationnels qui influencent la faisabilité du recueil :**
 - Quelle est la modalité d'administration à privilégier ?
 - Quel est le support de recueil des données correspondant à privilégier ?
 - Quel est le nombre de questions (ou nombre de dimensions) envisageable (temps passé au recueil) ?
 - Quel est le temps d'administration envisageable (en minutes) ?
 - Quelle est la fréquence d'administration envisageable (temps passé au recueil) ?

3. PROMs retenus pour la prise en charge clinique courante des personnes en obésité et critères d'utilisation

L'avis de la Ligue contre l'obésité, du Collectif National des Associations d'Obèses, de l'Association Poids Plumes et du Conseil Patients de la Ligue contre l'obésité, a été pris afin d'évaluer l'adéquation des questionnaires répondant aux critères de sélection avec les prises en charge actuelles⁸.

Pour les questionnaires spécifiques, le vocabulaire utilisé dans les questions n'est pas parfaitement en accord avec le vocabulaire attendu en 2023. Certains termes peuvent être perçus comme stigmatisants ou dépréciatifs pour les personnes en obésité.

Néanmoins, les questionnaires sont adaptés aux prises en charge actuelles.

Dans cette partie, les questionnaires PROMs génériques et spécifiques retenus, pour les personnes en obésité, sont présentés en détail.

Pour chaque questionnaire sont présentés :

- la construction, les modalités de calcul, l'existence d'un seuil de différence cliniquement significatif, le nombre de langues dans lesquelles le questionnaire a été traduit ;
- l'aide à l'utilisation en pratique clinique courante : pathologies et âge des patients concernés, modalités d'administration, fréquence et temps de remplissage des questionnaires ;
- les liens internet permettant d'accéder aux supports de recueil des données (grille), aux modalités de calcul et d'aide à l'interprétation des résultats, aux modalités d'administration, dans un encadré à la fin de la présentation de chaque questionnaire.

Des tableaux récapitulatifs, à la fin de chaque partie, reprennent en détail l'aide à l'utilisation en pratique courante, afin de faciliter la comparaison des questionnaires :

- pour les questionnaires PROMs génériques retenus : **Tableau 1**, partie **3.1** ;
- pour les questionnaires PROMs spécifiques retenus : **Tableau 2**, partie **3.2**.

3.1. Questionnaires PROMs génériques retenus pour la prise en charge clinique courante des personnes en obésité

3.1.1. Questionnaires génériques communs à toutes les pathologies

À l'échelle internationale, les questionnaires génériques les plus couramment utilisés, traduits et validés en français sont (23, 25, 26) :

- l'EuroQol-5D (EQ-5D) ;
- le Short-Form-36 (SF-36) ;
- et le Short-Form-12 (SF-12), sa version courte.

La présentation détaillée de ces questionnaires est disponible dans le guide général « Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique

⁸ La consultation des usagers est décrite dans la méthode, en **Annexe 1**.

clinique – Approche théorique et critères opérationnels », paru en juillet 2021 (10). Les éléments d'information pour l'aide à l'utilisation en pratique clinique courante sont repris dans le **Tableau 1**, à la fin de la **partie 3.1**.

3.1.2. World Health Organization Quality of Life assessment instrument (WHOQOL BREF)

Un autre questionnaire PROMs générique, le WHOQOL BREF, est retenu pour la prise en charge courante des patients en obésité. Il répond à la plupart des critères de sélection de la HAS rappelés en **Annexe 1**, à l'exception du seuil de détection d'un changement cliniquement significatif. Il peut cependant être utilisé en l'état et est présenté ci-après. Les éléments d'information pour l'aide à l'utilisation en pratique clinique courante sont également repris dans le **Tableau 1**.

World Health Organization Quality of Life assessment instrument (WHOQOL BREF)

Le questionnaire **WHOQOL BREF** a été développé par le WHOQOL Group en 1998 (27). Il s'agit d'une version simplifiée du WHOQOL-100. Il permet d'évaluer la qualité de vie d'un patient, en tenant compte de sa culture, de ses valeurs, de ses objectifs et préoccupations personnels. Le questionnaire peut être utilisé en recherche clinique, en épidémiologie ou en pratique clinique courante.

Le **WHOQOL-BREF** comporte **26 questions** au total :

- **24 questions** réparties en **4 dimensions** :
 - **santé physique** : 7 questions ;
 - **santé psychologique** : 6 questions ;
 - **relations sociales** : 3 questions ;
 - **environnement** : 8 questions.
- **2 questions** recueillies séparément :
 - **perception globale de la qualité de vie** : 1 question ;
 - **perception globale sur la santé** : 1 question.

Chaque question comporte **5 niveaux de réponses possibles**, avec des cotations sur une échelle de Likert allant de **1** (pas du tout) à **5** (extrêmement).

Un score élevé indique une meilleure qualité de vie et un score faible une plus faible qualité de vie.

Un score est calculé pour chaque dimension de la façon suivante :

1. Chaque question est cotée de 1 (pas du tout) à 5 (extrêmement) sur une échelle de Likert ;
2. Trois questions⁹ nécessitent un processus de notation inversée, appelé « *reverse scoring* » ;
3. Un **score brut** est calculé pour chaque dimension : il correspond à la somme des cotations des questions constituant la dimension ; il est ensuite converti en un **score moyen brut**, en divisant le score brut par le nombre de questions ;
4. Une **conversion du score moyen brut** est ensuite réalisée en deux étapes :
 - première étape : pour chaque dimension, le score moyen brut est multiplié par 4¹⁰, ce qui correspond à une conversion en un score par dimension compris entre 4 et 20 ;

9 Pour les questions 3, 4, et 26, la cotation de 1 prend la valeur de 5 (pas du tout), la cotation de 2 prend la valeur de 4, la cotation de 3 reste égale à 3, la cotation de 4 prend la valeur de 2, et la cotation de 5 prend la valeur de 1 (extrêmement).

10 Les moyennes par dimension sont multipliées par 4, pour être comparables aux scores par dimension calculés dans la version initiale du questionnaire : le WHOQOL-100.

- seconde étape : le score par dimension est ensuite converti sur une échelle allant de 0 (pire condition) à 100 (meilleure condition), à l'aide d'une table de conversion.

Pour chaque dimension, il existe une table de conversion unique des scores bruts en des scores allant de 0 à 100.

Par exemple : pour la dimension « santé physique » :

1. La somme des cotations sur les échelles de Likert est égale à 20 (score brut).
2. Le score moyen brut est égal à $20/7 = 2,86$.
3. **Le score moyen brut est converti en deux étapes** :
 - **première étape** : la moyenne est multipliée par 4, pour être convertie en un score compris entre 0 et 20 \Rightarrow on obtient $2,86 \times 4 = 11$;
 - **seconde étape** : le score est ensuite converti en un **score compris entre 0 et 100** avec la table de conversion \Rightarrow on obtient un **score de 44**.

Il n'y a pas de score global calculé.

Le seuil de changement cliniquement significatif n'est pas spécifié dans la population dans laquelle le questionnaire a été développé.

Le questionnaire a été traduit et validé dans 76 langues. Il a été traduit et validé en français, par Baumann *et al.* en 2010 (28).

Le questionnaire concerne les patients âgés de 18 ans ou plus. Le support de recueil utilisable est le format pdf ou le téléphone. Il peut être auto-administré par le patient, ou administré par un enquêteur formé, ou par téléphone. La fréquence d'administration du questionnaire est toutes les 2 à 4 semaines. Le temps de remplissage est de 5 minutes dans le cas d'une auto-administration par le patient, et peut aller jusqu'à 15-20 minutes dans le cas d'une administration par un enquêteur formé.

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, les modalités et la fréquence d'administration, et le temps de remplissage sont accessibles gratuitement sur les documents/guides aux liens suivants :

– <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>

– <https://www.who.int/toolkits/whoqol>

– <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/fiches-pour-les-instruments-de-mesure-standardises-recommandes/qualite-de-vie>

➔ Certaines informations sont relayées sur la partie e-PROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹ :

<https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/world-health-organization-quality-of-life-assessment-instrument2>

La table de conversion unique des scores par dimension est accessible au lien suivant : <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>

Le questionnaire en français est accessible gratuitement aux liens suivants :

– version papier : <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5412/2/WHOQOL-BREF.pdf>

¹¹ Mapi Research Trust est une organisation à but non lucratif, dédiée à l'amélioration de la qualité de vie des patients, facilitant l'accès aux informations sur les résultats rapportés par les patients (PROMs). Elle intervient dans la validation linguistique des traductions de questionnaires et coordonne également de nouvelles traductions, grâce à un partenariat avec sa société sœur, *ICON Language Services*. Il est possible d'accéder à des informations détaillées sur les PROMs en s'inscrivant sur la partie ePROVIDE du site *Mapi Research Trust* : <https://eprovide.mapi-trust.org/>

– version en ligne/saisie et restitution automatique des résultats : <https://www.futu-refeet.eu/chart2/WHOQOL-fr.php>

Tableau 1. Synthèse des éléments d'information pour l'aide à l'utilisation des questionnaires PROMs génériques dans la prise en charge clinique courante des personnes en obésité.

Questionnaires PROMs génériques retenus dans la prise en charge clinique courante des personnes en obésité						
PROMs (Âge des patients)	Pathologies	Nombre total de questions / nombre de questions par dimension (Modèle multidimensionnel)	Modalités d'administration / supports de recueil	Accès aux modalités de calcul et d'interprétation des résultats	Fréquence(s) d'administration (Période de rappel/observation)	Temps de remplissage (Minutes)
EQ-5D (≥ 12 ans)	Toutes les pathologies	<p>Deux parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} partie : échelle visuelle analogique "EQ-5D VAS". • 2^e partie : 5 dimensions/5 questions : <ul style="list-style-type: none"> – mobilité : 1 question ; – soins de soi : 1 question ; – activités habituelles : 1 question ; – Douleurs et inconfort : 1 question ; – Anxiété et dépression : 1 question. 	<p>Supports de recueil :</p> <ul style="list-style-type: none"> – pdf ; – e-version ; – système de réponse vocale interactive (SVI) ; – téléphone (PDA/smartphones). <p>Modalités d'administration : le questionnaire peut être auto-administré par le patient sous format pdf ou via une enquête en ligne (REDCap¹²), sur un smartphone, sur un ordinateur ou un portable, ou sur une tablette. L'enquête peut également être réalisée en face à face, ou au téléphone, par un enquêteur formé, ou par un serveur vocal interactif (SVI). Il existe des versions intermédiaires dites "proxy" du questionnaire EQ-5D, avec lesquelles un soignant</p>	<p>Cf. sites suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Euroqol : https://euroqol.org/ – ePROVIDE : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/euroqol-5-level#descriptive_information 	Tous les jours	Quelques minutes

12 Il s'agit d'une application web sécurisée pour créer et gérer des sondages et des bases de données en ligne, notamment pour les projets de recherche. Elle est utilisée pour la licence EQ-5D.

			<p>va évaluer la qualité de vie du patient, ou estimer comment le patient aurait évalué sa propre qualité de vie, s'il avait été capable de la communiquer. Cf. guides EQ-5D/site EuroQol.</p> <p>Cf sites suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – EuroQol : https://euroqol.org/ – ePROVIDE : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/euroqol-5-dimension-5-level#descriptive_information 			
<p>SF-36 (≥ 18 ans)</p>	<p>Toutes les pathologies</p>	<p>36 questions / 8 dimensions :</p> <ul style="list-style-type: none"> – activité physique : 10 questions ; – limitations dues à l'état physique : 4 questions ; – douleur physique : 2 questions ; – santé générale : 5 questions ; – vitalité : 4 questions ; – vie et relations avec les autres : 2 questions ; – limitations dues à l'état psychique : 3 questions ; – santé mentale : 5 questions. 	<p>Supports de recueil :</p> <ul style="list-style-type: none"> – pdf ; – e-version ; – système de réponse vocale interactif (SVI) ; – telephone (PDA/smartphones). <p>Modalités d'administration : le questionnaire peut être auto-administré par le patient sous format pdf, via une enquête en ligne (REDCap), sur un ordinateur ou une tablette. L'enquête peut également être réalisée en face à face, au téléphone par un enquêteur formé, ou par un SVI.</p> <p>Cf sites suivants :</p>	<p>Cf sites suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> – ePROVIDE : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/sf-36-health-survey#descriptive_information – IQOLA : http://www.iqola.org/instruments.aspx#sf36 	<p>2 situations :</p> <ul style="list-style-type: none"> – en situation clinique aiguë : à renseigner chaque semaine (analyse sur la semaine précédente) ; – en dehors de cette situation : à renseigner toutes les 4 semaines (analyse sur les 4 dernières semaines). <p><i>Les questions sont les mêmes pour les 2 situations, seule la fréquence d'administration change.</i></p> <p>Cf site ePROVIDE : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/sf-36-health-survey#descriptive_information</p> <p>Cf site ePROVIDE : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/sf-36</p>	<p>5-10 minutes</p>

		+ 1 question sur une transition de l'état de santé signalée.	<ul style="list-style-type: none"> – site ePROVIDE : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/sf-36-health-survey#descriptive_information – site IQOLA : http://www.iqola.org/instruments.aspx#sf36 		health-survey#descriptive_information	
SF-12 (≥ 18 ans)	Toutes les pathologies	12 questions / 8 dimensions : <ul style="list-style-type: none"> – activité physique : 2 questions ; – limitations dues à l'état physique : 2 questions ; – douleurs physiques : 1 question ; – santé générale : 1 question ; – vitalité : 1 question ; – vie et relations avec les autres : 1 question ; – limitations dues à l'état psychique : 2 questions ; – santé mentale : 2 questions. 	Les modalités d'administration sont les mêmes que pour le SF-36. Supports de recueil : <ul style="list-style-type: none"> – pdf ; – e-version ; – système de réponse vocale interactif (SVI) ; – téléphone (PDA/Smartphones). Cf site ePROVIDE : <ul style="list-style-type: none"> – https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/sf-12-health-survey#descriptive_information 	Cf. sites suivants : <ul style="list-style-type: none"> – https://www.researchgate.net/post/How_is_the_SF-12_scored – ePROVIDE : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/sf-12-health-survey#descriptive_information 	2 situations : <ul style="list-style-type: none"> – en situation clinique aiguë : à renseigner chaque semaine (analyse sur la semaine précédente) ; – en dehors de cette situation : à renseigner toutes les 4 semaines (analyse sur les 4 dernières semaines). <p><i>Les questions sont les mêmes pour les 2 situations, seule la fréquence d'administration change.</i></p> Cf. site ePROVIDE : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/sf-12-health-survey#descriptive_information	2 minutes Cf site ePROVIDE : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/sf-12-health-survey#descriptive_information
WHOQOL BREF (18-65 ans)	Toutes les pathologies	Deux parties : 26 questions : <ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} partie : 24 questions/4 dimensions : <ul style="list-style-type: none"> – santé physique : 7 questions ; 	Modalités d'administration : le questionnaire peut être auto-administré par le patient, ou administré par un enquêteur formé, ou au téléphone.	Cf. sites suivants : <ul style="list-style-type: none"> – https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF – https://www.who.int/toolkits/whoqol 	Toutes les 2 à 4 semaines.	Auto-administration : 5 minutes. Administration par un enquêteur formé : 15 à 20 minutes maximum. Cf. lien suivant : https://www.quatheda.ch/



- santé psychologique : 6 questions ;
- relations sociales : 3 questions ;
- environnement : 8 questions.
- **2^e partie** : 2 questions complémentaires, recueillies séparément.

Support de recueil : pdf ou téléphone.

- <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/instruments-de-mesure-standardises/fiches-pour-les-instruments-de-mesure-standardises-recommandes/qualite-de-vie>

[files/content/qualitaet_fr/quatheda-e/20160324_who_gol-bref_fr.pdf](https://www.inspq.qc.ca/files/content/qualitaet_fr/quatheda-e/20160324_who_gol-bref_fr.pdf)

3.2. Questionnaires PROMs spécifiques retenus pour la prise en charge clinique courante des personnes en obésité

La revue de littérature a permis d'identifier des questionnaires spécifiques mesurant le retentissement de l'obésité sur la qualité de vie du patient.

Le choix des questionnaires PROMs spécifiques retenus pour l'obésité s'est fait en tenant compte de la méthode utilisée par la HAS, présentée en [Annexe 1.2](#) : Méthode utilisée par la HAS pour la sélection des questionnaires PROMs génériques et spécifiques et des résultats d'une conférence de consensus, présentés en [Annexe 1.3](#) : Résumé de la conférence de consensus de de Vries *et al.*.

Les deux questionnaires retenus abordent l'obésité et la chirurgie bariatrique avec différentes dimensions de la qualité de vie¹³ :

- Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite) ;
- BODY-Q : bien qu'il ne comporte pas de seuil de détection d'un changement cliniquement significatif, il peut être utilisé en l'état.

Les autres questionnaires PROMs spécifiques non retenus, car ne répondant pas à l'ensemble des critères de sélection, ou dont les questions ne sont plus adaptées aux prises en charges actuelles, peuvent néanmoins intéresser des professionnels de santé. Ils sont présentés en [Annexe 2](#).

3.2.1. Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite)

Le vocabulaire utilisé dans les questions n'est pas parfaitement en accord avec le vocabulaire attendu en 2023. Certains termes peuvent être perçus comme stigmatisants ou dépréciatifs pour les personnes en obésité.

Néanmoins, le questionnaire est adapté aux prises en charge actuelles.

Le questionnaire **IWQOL-Lite** a été développé par Kolotkin *et al.* en 2001 (29). Il permet d'évaluer l'impact du poids sur la qualité de vie des patients. Il est utilisé pour évaluer la qualité de vie chez les personnes en obésité, ou chez des patients ayant subi une intervention en chirurgie bariatrique (30-32). Il peut être utilisé en recherche clinique et en pratique clinique courante.

Il s'agit d'un questionnaire **multidimensionnel long**, composé de **31 questions** réparties en **5 dimensions** :

- **fonction physique** : 11 questions ;
- **estime de soi** : 7 questions ;
- **vie sexuelle** : 4 questions ;
- **vie sociale** : 5 questions ;
- **travail** : 4 questions.

Chaque question comporte **5 niveaux de réponses possibles**, avec des cotations sur une échelle de Likert allant de **1** (jamais) à **5** (toujours).

Pour chaque dimension, un score brut est calculé de la façon suivante :

- **chaque question a fait l'objet d'une cotation ;**

¹³ BODY-Q et IWQoL-Lite sont retenus dans la conférence de consensus et IWQoL-Lite répond à tous les critères définis dans la méthode de caractérisation HAS.

- lorsque le patient répond à toutes les questions, le score brut par dimension est calculé : il correspond à la somme des cotations des questions constituant cette dimension ;
- ➔ la somme des cotations par dimension varie respectivement :
 - fonction physique : de 11 à 55 ;
 - estime de soi : de 7 à 35 ;
 - vie sexuelle : de 4 à 20 ;
 - vie sociale : de 5 à 25 ;
 - travail : 4 à 20.
- lorsque le patient répond au moins à 50% des questions d'une dimension, le score brut par dimension est calculable, de la façon suivante :
 - la moyenne peut être calculée : elle correspond à la somme des cotations des questions de la dimension ayant fait l'objet d'une réponse, divisée par le nombre de réponses obtenues ;
 - cette moyenne est ensuite multipliée par le nombre total de questions constituant la dimension. On obtient ainsi le **score brut par dimension**.
- lorsque le patient répond à moins de 50% des questions d'une dimension, le score brut par dimension n'est pas calculable.

Chaque score brut par dimension est ensuite converti en un score compris entre 0 et 100 :

1. pour une dimension donnée, on soustrait le score brut obtenu (ex : score brut égal à 33 pour la « fonction physique ») du score maximal possible (ex : le score maximal est égal à 55 pour la « fonction physique ») ;
2. on divise la valeur obtenue par l'étendue¹⁴ de la dimension (ex : 44 pour la « fonction physique ») ;
3. enfin, on multiplie la valeur obtenue par 100.

Par exemple : la dimension « fonction physique » comporte 11 questions cotées sur une échelle allant de 1 à 5. Le score obtenu pour la dimension se calcule de la manière suivante.

Si le score brut obtenu pour la dimension « fonction physique » est égal à 33, alors :

1. soustraire le score brut obtenu (ex : 33) du score maximal (soit 55) ;
2. puis diviser par 44 (valeur de l'étendue (5-1 = 4), multipliée par 11 questions, soit 44) ;
3. et terminer en multipliant par 100.

⇒ Soit ici = $[(55 - 33) / 44] \times 100 = 50$.

Le score global brut est calculé de la même façon que le score brut par dimension :

- lorsque le patient répond à toutes les questions du questionnaire, le score global brut est calculé de la façon suivante :
 - la moyenne est calculée : elle correspond à la somme des cotations des questions de toutes les dimensions du questionnaire :
- ➔ la somme des cotations de toutes les questions varie de 31 à 155 ;
- lorsque le patient répond au moins à 75% des questions du questionnaire, le score global brut est calculé de la façon suivante :

¹⁴ L'étendue d'une série statistique est la différence entre la valeur la plus élevée et la valeur la moins élevée (maximum - minimum). Par exemple, pour la dimension portant sur les « fonction physique », pour une question, l'étendue est égale à 5 - 1 = 4 ; et pour l'ensemble des questions, l'étendue est égale à 4 x 11 = 44.

- la moyenne est calculée de la même façon que pour les scores bruts par dimension : elle correspond à la somme des cotations de toutes les questions du questionnaire ayant fait l'objet d'une réponse, divisée par le nombre de réponses obtenues ;
 - cette moyenne est ensuite multipliée par le nombre total de questions du questionnaire. On obtient ainsi le **score total brut** ;
- **lorsque le patient répond à moins de 75 % des questions du questionnaire, le score global brut n'est pas calculable.**

Le score global brut est par la suite converti en un score compris entre 0 et 100. Le processus de conversion est le même que pour le score par dimension :

1. on soustrait le score global brut obtenu (ex : 96) du score global brut maximum du questionnaire (155) ;
2. on divise la valeur obtenue par l'étendue pour l'ensemble des dimensions ($4 \times 31 = 124$) ;
3. enfin, on multiplie la valeur obtenue par 100.

⇒ Soit ici = $[(155 - 96 / 124) \times 100 = 87$.

Qu'il s'agisse du score brut par dimension ou du score global brut, un score élevé indique une meilleure qualité de vie et un score faible indique une détérioration de la qualité de vie.

Pour observer un changement cliniquement significatif traduit par les scores globaux obtenus entre les groupes de patients comparés et des changements au sein de ces groupes, il convient d'obtenir une variation comprise entre 7,2 points (modérée) et 12 points (sévère) (33).

Le questionnaire a été traduit et validé dans 80 langues. D'après les informations disponibles sur la partie e-PROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹, le questionnaire IWQOL-Lite a été traduit et validé en français (pas de publication disponible).

Le questionnaire concerne les patients adultes âgés de 18 ans et plus. Il peut être auto-administré par le patient, en cabinet (ville/hôpital) ou à domicile. Le support de recueil utilisable est le format pdf ou électronique (ordinateur ou tablette). La fréquence d'administration du questionnaire est toutes les semaines et le temps d'administration est de 3 minutes.

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, les modalités d'administration, la fréquence d'administration et la grille sont accessibles sur les sites suivants :

- Site Pattern Health : <https://pattern.health/exchange/iwqol-impact-of-weight-on-quality-of-life/>
→ Il convient de faire une demande de licence : *Pattern Health* est le principal distributeur pour fournir la documentation et les grilles de recueil (Duke University).
- Site Quality of Life Consulting : <https://www.qualityoflifeconsulting.com/iwqol-lite-scoring.html>
- Partie e-PROVIDE du site de validation linguistique *Mapi Research Trust*¹¹ : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/impact-of-weight-on-quality-of-life-lite#descriptive_information
→ Il convient de faire une demande de licence.
→ Les sites *Pattern Health* et *Quality of Life Consulting* sont relayés sur la partie e-PROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹.

Il existe un manuel d'utilisation, accessible au lien suivant : <https://fr.scribd.com/document/367410857/Scoring-IWQOL-Lite-Final#>

- Il convient de créer un compte sur Google.

La grille (en français) est accessible au lien suivant (annexe 8 - thèse pour le doctorat du Pr Jean-Marcel Laurent) : <https://docplayer.fr/80037256-Activite-physique-avant-une-chirurgie-de-l-obesite-sa-representation-par-les-patients-et-elaboration-d-une-etude-évaluant-ses-benefices.html>

Il est possible d'adresser une demande d'informations ou de document (grille, manuel d'utilisation) :

- soit par mail en allant à la rubrique contact du site *Quality of Life Consulting* : <https://www.qualityoflifeconsulting.com/contact.html>
- soit en remplissant un formulaire sur le site *Pattern Health* : <https://pattern.health/ex-change/iwqol-impact-of-weight-on-quality-of-life/>

3.2.2. BODY Q

Ce questionnaire long est composé de très nombreuses questions, couvrant différentes dimensions, mais il est possible de mesurer uniquement la (les) dimension(s) intéressant le professionnel de santé et le patient.

Le vocabulaire utilisé dans les questions n'est pas parfaitement en accord avec le vocabulaire attendu en 2023. Certains termes peuvent être perçus comme stigmatisants ou dépréciatifs pour les patients en obésité.

Néanmoins, le questionnaire est adapté aux prises en charge actuelles.

Le **BODY Q** est un questionnaire de qualité de vie, de satisfaction et d'expérience patient, qui a été développé par Klassen *et al.* en 2012 (34). Il est utilisé pour mesurer la qualité de vie, la satisfaction et l'expérience patient liées à la perte de poids. Il concerne les personnes en obésité, en attente d'une intervention en chirurgie bariatrique ou faisant l'objet d'un suivi post-chirurgical (35). Il peut être utilisé en pratique clinique courante (36), en recherche clinique, en recherche fondamentale (37), ou comme outil d'analyse benchmarking (34).

D'après la revue de Barone *et al.*, il s'agit du questionnaire le plus adapté pour évaluer la qualité de vie chez des patients ayant subi une intervention en chirurgie bariatrique (38).

Le **BODY Q** est un questionnaire **multi-dimensionnel** très long¹⁵, découpé en **3 parties indépendantes**, comportant au total **179 questions** réparties en **23 dimensions indépendantes**.

- **Partie 1 : qualité de vie (55 questions / 7 dimensions) :**
 - **difficultés psychologiques liées à l'apparence physique** : 8 questions ;
 - **image corporelle** : 7 questions ;
 - **attentes esthétiques** : 8 questions ;

¹⁵ La version française est plus courte que la version internationale « complète » en anglais, qui comporte une partie supplémentaire portant sur « les Préoccupations liées à l'alimentation », avec 259 questions réparties en 30 dimensions :

1) dans la première partie, portant sur la « Qualité de vie » (total : 90 questions/10 dimensions), il y a 3 autres dimensions (soit 35 questions) qui ne sont pas traduites et validées en français : i) Attentes en perte de poids (15 questions) ; ii) Fonction psychologique/bien-être (10 questions) ; iii) Qualité de vie liée au travail (10 questions) ;

2) dans la seconde partie, portant sur la « Satisfaction à propos de l'apparence physique » (total : 95 questions/13 dimensions), il existe une autre dimension intitulée « satisfaction à propos de votre cellulite » (11 questions), non traduite et validée en français ;

3) dans la troisième partie intitulée « satisfaction / expérience-patient vis-vis du personnel médical et administratif » (total : 40 questions/4 dimensions), l'ensemble des dimensions et des questions ont été traduites et validées en français ;

4) enfin, il existe une quatrième partie, intitulée « Préoccupations liées à l'alimentation », qui n'a pas été traduite et validée en français. Elle comporte 34 questions réparties en 3 dimensions : i) Comportement alimentaire (9 questions) ; ii) Détresse liée à l'alimentation (10 questions) ; iii) Symptômes liés à l'alimentation (15 questions).

- **fonction physique** : 7 questions ;
 - **symptômes physiques** : 10 questions ;
 - **fonction sexuelle** : 5 questions ;
 - **fonction sociale** : 10 questions.
- **Partie 2 : satisfaction à propos de l'apparence physique (84 questions / 12 dimensions) :**
- **satisfaction à propos de votre ventre** : 7 questions ;
 - **satisfaction à propos de vos bras** : 7 questions ;
 - **satisfaction à propos de votre dos** : 4 questions ;
 - **satisfaction à propos de votre corps** : 10 questions ;
 - **satisfaction à propos de vos fesses** : 5 questions ;
 - **satisfaction à propos de votre poitrine** : 10 questions ;
 - **satisfaction à propos de vos hanches et de la face externe de vos cuisses** : 5 questions ;
 - **satisfaction à propos de la face interne de vos cuisses** : 4 questions ;
 - **satisfaction à propos de vos mamelons** : 5 questions ;
 - **évaluation des cicatrices** : 10 questions ;
 - **évaluation de l'excès de peau** : 7 questions ;
 - **évaluation des vergetures** : 10 questions.
- **partie 3 : satisfaction/expérience-patient vis-à-vis du personnel médical et administratif (40 questions / 4 dimensions) :**
- **satisfaction au sujet de votre médecin/chirurgien** : 10 questions ;
 - **satisfaction à propos de la qualité de l'information reçue** : 10 questions ;
 - **satisfaction au sujet de l'équipe médicale** : 10 questions ;
 - **satisfaction au sujet de l'équipe des secrétaires** : 10 questions.

Remarque : au sein d'une partie, chaque dimension fonctionne indépendamment des autres et peut donc être renseignée indépendamment des autres (ex : les questions sur les symptômes physiques dans la partie « qualité de vie » peuvent être renseignées séparément de celles des autres dimensions).

Chaque question comprend **4 niveaux de réponses possibles**, avec des cotations sur une échelle de Likert allant de **1** (très insatisfait, pas du tout d'accord, tout le temps, extrêmement dérangé) à **4** (très satisfait, tout à fait d'accord, jamais, pas du tout dérangé).

Pour chaque dimension, un score brut est calculé de la façon suivante :

- ➔ **chaque question fait l'objet d'une cotation ;**
- ➔ **lorsque le patient répond à toutes les questions** : le score brut par dimension correspond à la somme des cotations des questions constituant la dimension ;
- ➔ **lorsque le patient répond à au moins 50% des questions, un score brut par dimension est calculable, de la façon suivante :**
 - il convient de compter le nombre de questions ayant fait l'objet d'une cotation ;
 - la somme des cotations des questions de la dimension ayant fait l'objet d'une réponse est divisée par le nombre de réponses. On obtient ainsi une **cotation moyenne** ;

- la cotation moyenne est affectée aux questions qui n'ont pas eu de réponses ; la somme des cotations est réalisée pour l'ensemble des questions (celles qui ont fait l'objet d'une cotation et celles auxquelles on attribue la cotation moyenne) ;
- on obtient ainsi le **score brut par dimension**.

Lorsque le patient répond à moins de 50% des questions, le score brut par dimension n'est pas calculable.

Chaque score brut par dimension obtenu est ensuite converti en un score compris entre 0 (pire condition) et 100 (qualité de vie optimale) :

→ ceci est réalisé grâce à une table de conversion par dimension¹⁶.

Concernant l'interprétation d'un score :

- pour la qualité de vie : un score faible par dimension indique une moins bonne qualité de vie et score élevé par dimension indique une meilleure qualité de vie ;
- pour la satisfaction : un score faible par dimension indique une moins bonne satisfaction du patient et un score élevé indique une meilleure satisfaction.

Aucun score global n'est calculé.

Le seuil de changement cliniquement significatif n'a pas été spécifié dans la population dans laquelle le questionnaire a été développé.

Le questionnaire BODY Q a été traduit et validé dans 20 langues. Il a été traduit et validé en français, dans le cadre des travaux de Schettini *et al.* (39), et Rillon *et al.* (40).

Il concerne les patients âgés de 18 ans et plus. Il peut être auto-administré par le patient, en cabinet (ville/hôpital) ou à domicile.

Le support de recueil utilisable est le format pdf ou une e-version (application REDCap).

La fréquence d'administration dépend des dimensions mesurées :

- pour les questions des dimensions portant sur la qualité de vie et sur la satisfaction à propos de l'apparence physique : toutes les semaines ;
- pour les questions des dimensions portant sur l'expérience-patient vis-à-vis du personnel : la fréquence d'administration n'est pas indiquée, mais elle est à adapter par le (les) professionnel(s) de santé en charge du suivi de la personne en obésité.

Le temps de remplissage est de 20 minutes pour le questionnaire complet (les trois parties) : il est raccourci en fonction du nombre de dimensions choisies.

¹⁶ La conversion consiste en une linéarisation des scores bruts en des scores allant de 0 à 100. Elle est basée sur les résultats des analyses de Rasch : il s'agit de modèles de régression linéaires. Ces modèles sont utilisés pour calculer des scores par dimension pour les questionnaires PROMs. Ils répondent à une bonne validité de contenu, et permettent de suivre les changements cliniques, soit au niveau d'un patient, soit entre des groupes de patients comparés. Par exemple, un score brut de 7 est converti en un score de 0 ; un score brut de 8 est converti en un score de 7 ; un score brut de 9 est converti en un score de 14 ; etc...

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, la fréquence d'administration et les temps de remplissage sont accessibles aux liens suivants :

- Manuel d'instructions du BODY Q : <https://qportfolio.org/wp-content/uploads/2020/02/BODY-Q-USERS-GUIDE-V1.pdf> (site du BODY Q : <https://qportfolio.org/body-q/>)
 - ➔ Ce manuel est disponible sur le site BODY Q, lui-même relayé sur la partie ePROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹⁷ : <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/body-q#descriptive-information>
 - ➔ Il convient de faire une demande de licence.

Pour chaque dimension, il est possible d'obtenir une table de conversion unique des scores bruts obtenus en des scores allant de 0 à 100 :

- Soit en faisant une demande de licence¹⁷ sur le site BODY Q : <https://qportfolio.org/body-q/>
 - ➔ Il est possible d'envoyer un mail à l'adresse suivante : qportfolioteam@gmail.com
- Soit en faisant une demande de licence sur le site de Mc Master University : <https://research.mcmaster.ca/industry-investors/technologies-available-for-licensing/request-for-license/>

La version française de la grille BODY Q est accessible sur les sites suivants :

- Site BODY Q : <https://qportfolio.org/body-q/>
 - ➔ Il convient de faire une demande de licence.
 - ➔ Cette information est relayée sur la partie ePROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹⁷ : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/body-q#review_copy
- Site *Mc Master University* : <https://research.mcmaster.ca/industry-investors/technologies-available-for-licensing/request-for-license/>
 - ➔ Il convient de faire une demande de licence. Le questionnaire peut être obtenu gratuitement selon le motif de la demande (ex : travaux de recherche).

¹⁷ Sur le site BODY Q, la licence est obtenue grâce à un processus en 2 étapes : 1) il convient d'abord de remplir un premier formulaire général ; 2) par la suite, la personne qui fait la demande reçoit un e-mail pour remplir un formulaire plus long et signe électroniquement la licence. La version pdf du questionnaire BODY Q apparaît à la fin.

Tableau 2. Synthèse des éléments d'information pour l'aide à l'utilisation des deux questionnaires PROMs spécifiques retenus dans la prise en charge clinique courante des personnes en obésité.

Questionnaires PROMs spécifiques retenus dans la prise en charge clinique courante des personnes en obésité						
PROMs (Âge des patients)	Pathologies	Nombre total de questions / nombre de questions par dimension (Modèle multidimensionnel)	Modalités d'administration / supports de recueil	Accès aux modalités de calcul et d'interprétation des résultats	Fréquence(s) d'administration (Période de rappel/observation)	Temps de remplissage (Minutes)
IWQOL-Lite (≥18 ans)	Obésité, chirurgie bariatrique	31 questions / 5 dimensions : <ul style="list-style-type: none"> – Fonction physique : 11 questions ; – Estime de soi : 7 questions ; – Vie sexuelle : 4 questions ; – Détresse sociale : 5 questions ; – Travail : 4 questions. 	Modalité d'administration : le questionnaire est auto-administré par le patient, en cabinet (ville/hôpital) ou à domicile. Support de recueil : pdf ou électronique (ordinateur ou tablette).	Cf. sites suivants : <ul style="list-style-type: none"> – https://pattern.health/exchange/iwqol-impact-of-weight-on-quality-of-life/ – https://fr.scribd.com/document/367406952/IWQOL-Lite-Manual-Rev-9-9-14# – https://fr.scribd.com/document/367410857/Scoring-IWQOL-Lite-Final# – https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/impact-of-weight-on-quality-of-life-lite#descriptive_information 	Toutes les semaines	3 minutes
BODY-Q (≥18 ans)	Obésité, chirurgie, bariatrique	179 questions / 3 parties indépendantes / 23 dimensions : <ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} partie : qualité de vie / 55 questions réparties en 7 dimensions ; • 2^e partie : satisfaction sur l'apparence physique / 84 questions réparties en 12 dimensions ; 	Modalité d'administration : le questionnaire est auto-administré par le patient, en cabinet (ville/hôpital) ou à domicile. Support de recueil : pdf ou électronique (application REDCAP).	Cf. site suivant : https://qportfolio.org/wp-content/uploads/2020/02/BODY-Q-USERS-GUIDE-V1.pdf (site du BODY Q : https://qportfolio.org/body-q/)	Règle générale : <ul style="list-style-type: none"> – toutes les semaines : pour les questions sur la qualité de vie et la satisfaction sur l'apparence physique ; – à adapter : questions sur l'expérience-patient vis-à-vis du personnel. 	Version complète : 20 minutes. Pour une ou plusieurs dimensions : quelques minutes.



• **3^{ème} partie** : Satisfaction/expérience patient envers le personnel / 40 questions réparties en 4 dimensions.

4. Obésité : sélection, association et organisation du recueil des PROMs

4.1. Association d'un questionnaire PROMs générique à un questionnaire PROMs spécifique pour les personnes en obésité.

Les principes généraux sur l'association d'un questionnaire PROMs générique à un questionnaire PROMs spécifique ont été abordés dans la partie 2.2 du présent guide.

La littérature apporte les informations ou recommandations suivantes, concernant l'association d'un questionnaire PROMs générique avec un questionnaire spécifique, pour mesurer la qualité de vie des personnes en obésité :

- la revue de littérature élaborée par le *King's Fund* en 2010 reprend les recommandations du NHS et indique que, dans le cas de pathologies chroniques¹⁸, il est recommandé d'associer un questionnaire PROMs générique (EQ-5D ou SF-36) avec un questionnaire PROMs spécifique (41) ;
- pour les patients en obésité, ayant fait l'objet d'une intervention en chirurgie bariatrique :
 - l'*European Association for Endoscopic Surgery* préconise d'associer le questionnaire IWQOL-Lite avec le questionnaire SF-36 (30, 42) ;
 - les questionnaires générique et spécifique les plus couramment utilisés sont respectivement le questionnaire SF-36 et le questionnaire IWQOL-Lite (32, 43, 44) : l'association des deux questionnaires est retrouvée dans de nombreuses études, recensées dans des revues de littérature systématiques (31, 32, 45-49) ;
 - dans certaines études, on retrouve également l'association du questionnaire EQ-5D avec le questionnaire IWQOL-Lite (48-50).
- le consortium ICHOM élabore un guide pour l'utilisation de questionnaires PROMs pour améliorer la prise en charge des patients en obésité¹⁹.

4.2. Choix et organisation du recueil des PROMs

Le **Schéma 1**, ci-après, présente les différentes étapes, appliquées à l'obésité, pour choisir un questionnaire PROMs générique et un questionnaire PROMs spécifique, et organiser leur recueil et leur analyse. Il renvoie aux éléments d'information pour l'aide à l'utilisation des questionnaires PROMs génériques (**Tableau 1**, partie 3.1) et spécifiques (**Tableau 2**, partie 3.2), utilisés dans la prise en charge clinique courante des personnes en obésité.

18 Diabète, asthme, AVC, BPCO, épilepsie, insuffisance cardiaque, autres...

19 Pour plus d'informations : [Obesity – ICHOM Connect](#) ; dernière visite : le 16 janvier 2024 ; la parution de ce guide est prévue pour avril 2024.

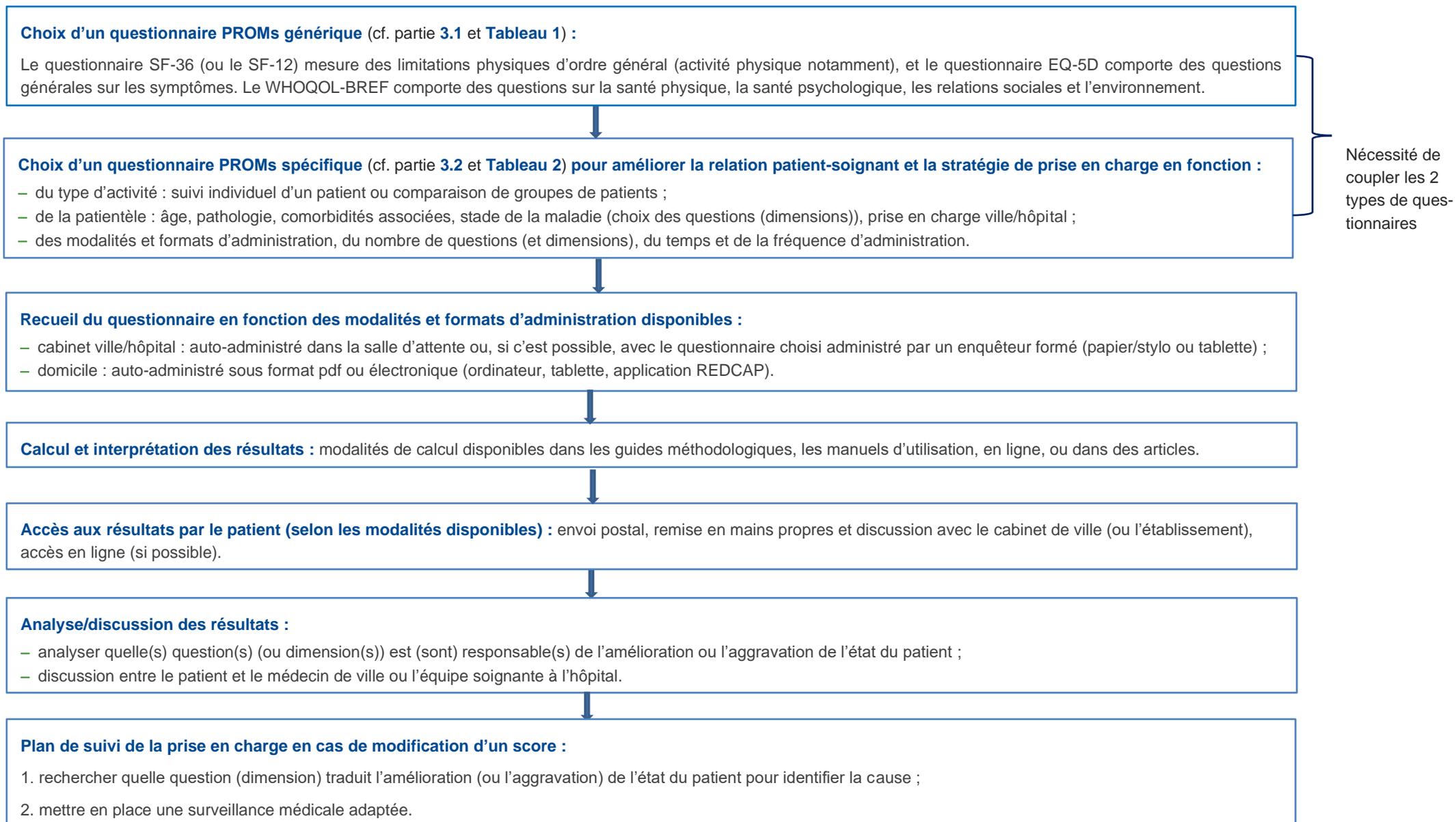


Schéma 1. Les différentes étapes, appliquées à l'obésité, pour choisir et organiser le recueil des questionnaires générique et spécifique et l'analyse des réponses.

5. Conclusion

Pour mesurer les résultats de soins à partir de l'interrogation de patients en obésité, outre les trois questionnaires PROMs génériques les plus couramment utilisés (SF-36, SF-12 et EQ-5D), un autre questionnaire générique a été retenu (WHOQOL BREF) ainsi que deux questionnaires spécifiques (IWQOL-Lite, BODY-Q) dans l'objectif d'avoir des questionnaires utilisables par les professionnels de santé ou autres acteurs en France.

Ces questionnaires recouvrent des dimensions différentes avec des longueurs et des complexités de calcul diverses. L'adéquation de ces questionnaires validés avec les attendus de prise en charge en 2023 n'est pas parfaite.

Leur adaptation au contexte actuel est dépendante des équipes les ayant validés. Néanmoins ils restent des outils utiles aux acteurs du soin et au patient.

Le choix final d'utiliser l'un ou l'autre de ces questionnaires reste à l'appréciation des professionnels de santé, des chercheurs, et des associations ou groupes d'utilisateurs. Le choix doit être fait en fonction de l'objectif poursuivi en s'interrogeant sur la dimension à mesurer (symptômes, aspects fonctionnels, physiques, psychologiques, relationnels, émotionnels, sociaux, activités, vie quotidienne, gestion du poids, gestion des traitements, etc.), la patientèle et son âge, les modalités d'administration, les supports de recueil, les temps de remplissage et les fréquences d'administration des questionnaires.

Table des annexes

Annexe 1.	Méthode	35
Annexe 2.	Présentation des questionnaires spécifiques non retenus pour la prise en charge de l'obésité	41
Annexe 3.	Exemple de questionnaires spécifiques sur les troubles anxieux et la dépression, utilisés dans la prise en charge de l'obésité	60
Annexe 4.	Les populations de patients très à risque d'obésité	64

Annexe 1. Méthode

Dans ce guide, le choix des questionnaires PROMs s'est appuyé sur :

- l'analyse de la littérature et des sites internet, présentée dans la stratégie de recherche bibliographique : elle est résumée en [Annexe 1.1](#) : Stratégie de recherche bibliographique ;
- la méthode de caractérisation des questionnaires PROMs génériques et spécifiques utilisée par la HAS : elle est présentée dans le guide général et résumée en [Annexe 1.2](#) : Méthode utilisée par la HAS pour la sélection des questionnaires PROMs génériques et spécifiques ;
- la prise en compte des résultats d'une conférence de consensus, pour identifier et sélectionner des PROMs spécifiques sur la prise en charge de l'obésité : elle est résumée en [Annexe 1.3](#) : Résumé de la conférence de consensus de de Vries et al.

Les avis de quatre associations d'usagers ont été recueillis afin d'évaluer les questionnaires PROMs répondant aux critères retenus dans la méthode de caractérisation HAS : la Ligue contre l'obésité, le Collectif National des Associations d'Obèses, l'Association Poids Plumes et le Conseil Patients de la Ligue contre l'obésité.

Une concertation a eu lieu, afin de s'assurer que les questionnaires proposés convenaient toujours aux prises en charge en 2023.

Un certain nombre de critères ont été analysés : i) dimensions couvertes ; ii) vocabulaire employé ; iii) temps de remplissage ; iv) limites des questionnaires ; v) intérêt pour la prise en charge en 2023.

Les questionnaires ont été retenus lorsqu'ils ne présentaient aucune limite majeure sur les critères analysés.

1. Annexe 1.1 : Stratégie de recherche bibliographique.

La recherche bibliographique a eu pour objectif d'identifier dans un premier temps tous les questionnaires PROMs existants dans le cadre de la prise en charge des personnes en situation d'obésité (enfants, adultes et adolescents), notamment en chirurgie bariatrique. Dans un second temps, la recherche a ciblé les études décrivant des questionnaires traduits et validés en français : présentation, modalités de calcul et d'aide à l'interprétation des résultats, modalités d'administration, fréquence d'administration et temps de remplissage des questionnaires, liens internet permettant d'accéder aux supports de recueil de données (guides, manuels, pages d'informations).

Les bases de données suivantes ont été interrogées afin d'identifier ces questionnaires : ProQolid database, Medline, Embase, Cairn, Lissa et Science direct.

L'équation de recherche conduite dans Medline était la suivante :

```
((("Patient Reported Outcome Measures"[MeSH Terms] OR "Patient Reported Outcome Measures"[Title/Abstract] OR "proms"[Title/Abstract]) AND ("obes*"[Title] OR "bariatric"[Title] OR ("Obesity"[MeSH Terms] OR "Bariatric Surgery"[MeSH Terms]))) AND (2013:2023[pdat])
```

Sur 176 références analysées, 72 références ont été retenues.

Les questionnaires PROMs retenus sont présentés en partie [3 \(Tableau 1](#) pour les questionnaires PROMs génériques et [Tableau 2](#) pour les questionnaires spécifiques) et les questionnaires non retenus sont présentés en [Annexe 2](#) [Erreur ! Source du renvoi introuvable.](#), où le [Tableau 5](#) résume les réponses aux critères d'éligibilité.

D'autres exemples d'utilisation de questionnaires PROMs spécifiques dans des populations très à risque d'obésité sont décrits en [Annexe 3](#).

Présentation des PROMs identifiés dans e-PROVIDE

La vérification des PROMs traduits et validés en français utilisés pour la prise en charge des patients en obésité a été réalisée sur la base d'un export des PROMs obtenus dans la partie e-PROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹ (PROQOLID). Une sélection des PROMs traduits et validés en français a été réalisée en se basant sur les aires et les indications thérapeutiques (cf. **Tableau 3** ci-après).

Tableau 3. Présentation des PROMs identifiés dans e-PROVIDE par aire et indication thérapeutique.

Indication thérapeutique	Aire thérapeutique	PROMs comportant l'indication thérapeutique
Body image	Behavior and Behavior Mechanisms Psychological Phenomena	Derriford Appearance Scale – 59 (DAS-59), DAS-24
Body image/weight loss	Behavior and Behavior Mechanisms Psychological Phenomena Pathological Conditions, Signs and Symptoms Physiological Phenomena	BODY-Q
Obesity	Nutritional and Metabolic Diseases Pathological Conditions, Signs and Symptoms Physiological Phenomena	Eating Inventory / Three-Factor Eating Questionnaire (EI / TFEQ) Impact of Weight on Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite) Obesity and Weight Loss Quality of Life (OWLQOL) Treatment Related Impact Measure - Weight (TRIM-W) Weight Related Symptom Measure (WRSM) Weight Self - Stigma Questionnaire (WSSQ)
Feeding and Eating Disorders Obesity	Mental Disorders Nutritional and Metabolic Diseases Pathological Conditions, Signs and Symptoms Physiological Phenomena	Binge Eating Scale (BES) Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) DEBQ-Child version (DEBQ-C)
Depression depressive disorder	Behavior and Behavior Mechanisms Mental Disorders	Patient Health Questionnaire – 8 (PHQ-8), PHQ-9
Anxiety disorders depressive disorder	Behavior and Behavior Mechanisms Mental Disorders	PHQ-4
Désordres mentaux	Désordre d'anxiété	Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7)

Par la suite, il est possible d'accéder à des informations détaillées sur les questionnaires PROMs sélectionnés en consultant la partie ePROVIDE¹¹ du site *Mapi Research Trust* : <https://eprovide.mapi-trust.org/>

Volumétrie des études réalisées par questionnaire PROMs

Le **Tableau 4** ci-après résume la volumétrie des publications sur 11 ans, avec le nombre total d'articles publiés pour chaque questionnaire PROMs, et le nombre total de publications en pratique clinique courante.

Tableau 4. Volumétrie des publications sur 11 ans (période 2012-2023).

PROMs	Nombre total de publications sur 11 ans (2012-2023)	Nombre de publications en pratique clinique courante sur 11 ans
<i>PROMs génériques retenus dans la prise en charge clinique courante des personnes en obésité</i>		
SF-36	100	56 publications en pratique clinique courante
SF-12	72	12 publications en pratique clinique courante
EQ-5D	37	16 publications en pratique clinique courante
WHOQOL-BREF	10	5 publications en pratique clinique courante
<i>PROMs spécifiques retenus dans la prise en charge clinique courante des personnes en obésité</i>		
IWQOL-Lite	73	11 publications en pratique clinique courante
TRIM-W	1	Aucune publication en pratique clinique courante
BODY-Q	38	17 publications en pratique clinique courante
<i>PROMs spécifiques non retenus dans la prise en charge clinique courante des personnes en obésité</i>		
BES	117	35 publications en pratique clinique courante
BAROS	90	86 publications en pratique clinique courante
DEBQ	88	52 publications en pratique clinique courante
DAS-24	30	19 publications en pratique clinique courante
WSSQ	23	3 publications en pratique clinique courante
DAS-59	11	7 publications en pratique clinique courante
DEBQ-C	11	6 publications en pratique clinique courante
OWLQoL	8	1 publication en pratique clinique courante
Laval	6	1 publication en pratique clinique courante
MAQoL-I	5	5 publications en pratique clinique courante
EI-TFEQ	2	Aucune publication en pratique clinique courante (2 études de validation)
WRSM	2	Aucune publication en pratique clinique courante (1 étude de validation)
EQVOD	1	Aucune publication en pratique clinique courante (1 étude de validation)
BARIAVIE	1	Aucune publication en pratique clinique courante (1 étude de validation / thèse de doctorat en médecine)

2. **Annexe 1.2** : Méthode utilisée par la HAS pour la sélection des questionnaires PROMs génériques et spécifiques.

Pour une pathologie concernée, un questionnaire PROMs (générique ou spécifique) est retenu si les informations suivantes sont toutes disponibles :

- version traduite et validée sur le plan linguistique²⁰ en français ;
- description de la population concernée par le questionnaire ;
- accès aux modalités de calcul du (des) score(s) et d'interprétation des résultats ;
- accès aux modalités et fréquences d'administration des questionnaires ;
- informations sur le temps de remplissage d'un questionnaire (minutes) ;
- accès aux supports de recueil disponibles ;
- précision d'une utilisation courante en pratique clinique courante ou pour l'amélioration des pratiques de prise en charge des patients ;
- précision du seuil de changement cliniquement significatif : il s'agit de la plus petite différence cliniquement importante pour un patient, encore appelée seuil de pertinence clinique ;
 - score obtenu chez un patient, par rapport à une valeur initiale, ou entre deux mesures consécutives (ou plus) ;

OU

- scores obtenus entre des groupes de patients comparés, traduisant des changements au sein de ces groupes de patients.

²⁰ Il est attendu qu'un questionnaire PROMs soit traduit et validé en français (validation linguistique et validation des qualités métrologiques) dans le cadre des travaux de recherche (articles scientifiques, abstracts, rapports de recherche, rapports de doctorat).

3. Annexe 1.3 : Résumé de la conférence de consensus de de Vries *et al.*

De Vries *et al.* ont réalisé une revue de littérature systématique, suivie d'une conférence de consensus pour identifier et sélectionner des PROMs génériques et spécifiques pour la prise en charge des patients en obésité (17, 18). Ce travail conséquent a été pris en compte pour la réalisation de ce guide.

Identification des dimensions prioritaires

Une revue de littérature systématique a été réalisée par de Vries *et al.* en 2018, pour recenser les PROMs concernant la prise en charge des patients en obésité (IMC \geq 30), en ciblant l'amélioration de la qualité de vie, à la suite d'un traitement par chirurgie bariatrique ou par remodelage corporel. Onze PROMs ont été identifiés dans cette revue (17), à laquelle ont été ajoutés 6 PROMs.

La revue de la littérature a extrait **25 dimensions**²¹ et **17 PROMs**, respectant des critères de sélection²² des PROMs définis par les experts de cette étude.

Les **17 PROMs** sont les suivants :

- **3 PROMs génériques** : EQ-5D-5L, SF-36, WHO-QOL BREF ;
- **14 PROMs spécifiques** : Impact of Weight Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite), Impact of Weight Quality of Life-Lite Clinical Trials (IWQOL-Lite CT), M-A QOL QII, Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS), BODY-Q, Bariatric and obesity-specific survey (BOSS), BQL-Index, Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI), MAQoL QII, Obesity-related Problems - Scale (OP-Scale), Post Bariatric Outcome Tool (PBOT), Patient-Reported Outcomes in obesity (PROS), Quality of Life for Obesity Surgery (QOLOS), Treatment Related Impact Measure (TRIM).

Sur ces 17 PROMs extraits, 7 PROMs sont traduits et validés en français :

- **3 PROMs génériques** : EQ-5D-5L, SF-36, WHO-QOL BREF ;
- **4 PROMs spécifiques** : IWQOL-Lite, BAROS, BODY-Q, GIQLI.

Deux sondages ont été réalisés d'une part pour identifier des dimensions prioritaires, sur la base des 25 dimensions identifiées dans la revue de littérature initiale, et d'autre part, pour sélectionner des PROMs parmi ces dimensions identifiées, en vue de la conférence de consensus.

Le classement des **25 dimensions** a été réalisé par ordre d'importance par les experts, et a abouti à la sélection des **8 dimensions prioritaires** suivantes :

1. estime de soi ;
2. santé/fonctionnement physique ;
3. santé mentale/psychologique ;
4. santé sociale ;
5. alimentation ;
6. stigmatisation ;

21 Les 25 dimensions sont les suivantes : estime de soi-même, santé physique, santé mentale, bien-être social, alimentation, stigmatisation, activités courantes, image corporelle, acceptabilité sociale, liberté, énergie, excès de peau, restrictions, symptômes physiques, efficacité, incapacité à faire les choses, humeur dépressive, famille, relations sociales, activités sociales, travail, douleur, apparence, limitations fonctionnelles.

22 Dans la sélection de De Vries *et al.*, un PROMs était retenu s'il était traduit en anglais, si l'article retrouvé concernant le développement et la validation des qualités métrologiques existait dans une version complète, et si les critères de sélection utilisés pour la validation des qualités métrologiques des PROMs respectaient les recommandations du *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments* (COSMIN).

7. image corporelle ;
8. excès de peau.

Conférence de consensus

Une conférence de consensus a ensuite été organisée sur la base des résultats des deux sondages de priorisation, pour sélectionner les PROMs les plus pertinents parmi les **8 dimensions prioritaires** identifiées.

Un groupe de discussion a ainsi été mis en place pour réaliser un brainstorming, afin de déterminer l'importance de chaque PROMs. Ce groupe comportait **35 experts** : 16 personnes en situation d'obésité et 19 professionnels de santé (chirurgiens, endocrinologues, autres médecins spécialisés dans l'obésité, diététiciens, physiothérapeutes et psychologues cliniciens).

La conférence de consensus s'est déroulée en deux étapes pour la sélection des PROMs :

- **une première étape** de sélection de PROMs a été réalisée sur la base de la validité apparente : à partir de la liste des 17 PROMs identifiés dans la littérature, 11 PROMs ont été retenus par les experts ;
 - **une seconde étape** de sélection de PROMs a été réalisée : il s'agissait d'une sélection par vote des experts parmi les 11 PROMs retenus dans la première sélection.
- **Un PROMs était sélectionné :**
- **s'il répondait aux critères suivants** : 1) pertinence des questions pour mesurer des PROMs chez les patients en situation d'obésité ; 2) exhaustivité des questions : est-ce que tous les aspects sont traités ou certains aspects sont manquants ? ; 3) compréhension des questions et des modalités de réponses.
 - **si plus de 70 % des participants** (patients en situation d'obésité et professionnels de santé) **OU plus de 70 % des patients en situation d'obésité** avaient sélectionné ce questionnaire PROMs pour une dimension prioritaire.

Finalement, 5 PROMs ont été retenus :

- **1 PROMs générique** : *Short Form* (SF-36) (cf. présentation dans le guide général (10)) ;
- **4 PROMs spécifiques** : IWQOL-Lite ; BODY-Q ; Obesity-related Problems – Scale (OP-Scale) ; Quality of Life for Obesity Chirurgie (QOLOS).

Sur les 5 PROMs retenus, seuls 3 PROMs sont traduits et validés en français : SF-36 ; IWQOL-Lite et BODY-Q.

Remarque : de Vries *et al.* n'ont indiqué aucune recommandation sur l'association d'un questionnaire générique et d'un questionnaire spécifique (18).

Annexe 2. Présentation des questionnaires spécifiques non retenus pour la prise en charge de l'obésité.

Quatorze questionnaires PROMs spécifiques n'ont pas été retenus dans ce guide pour la prise en charge des personnes en situation d'obésité :

- **Treize questionnaires spécifiques** n'ont pas été retenus car une (ou plusieurs) des informations, définies dans la méthode HAS, n'a (n'ont) pas été retrouvée(s) (cf. **Annexe 1.2** : Méthode utilisée par la HAS pour la sélection des questionnaires PROMs génériques et spécifiques) :
 - questionnaire traduit et validé en français ;
 - temps de remplissage ;
 - fréquence d'administration ;
 - seuil de changement cliniquement significatif :
 - du score obtenu chez un patient, par rapport à une valeur initiale, ou entre 2 mesures consécutives (ou plus) ;

OU

- des scores obtenus entre des groupes de patients comparés, traduisant des changements au sein de ces groupes de patients.
- **Un autre questionnaire spécifique**, le Treatment Related Impact Measure – Weight (TRIM-W), n'a pas été retenu en raison d'un autre motif que ceux énoncés dans la méthode HAS (cf. **Annexe 1.2** : Méthode utilisée par la HAS pour la sélection des questionnaires PROMs génériques et spécifiques) : il s'agit du caractère « non adapté » de certaines questions par rapport aux pratiques de prise en charge actuelles.
- ➔ Pour le questionnaire TRIM-W, les questions portent sur les anciens traitements (coupe-faim « journaliers ») et ne sont plus adaptées aux traitements actuels (injections « hebdomadaires » de sémaglutides (exemple : spécialité WEGOVY)), dans l'indication d'un traitement en complément des modifications des habitudes de vie et à leur maintien dans la durée (équilibre alimentaire et augmentation de l'activité physique).

Les questionnaires **non retenus** ciblent (cf. **Tableau 5**) :

- **la prise en charge médicale des personnes en situation d'obésité** :
 - **impact de la prise en charge sur la qualité de vie des patients en situation d'obésité** (régime diététique, traitements médicamenteux...) : Echelle de Qualité de Vie, Obésité et Diététique (EQVOD) ; Laval ; Obesity and Weight Loss Quality of Life (OWLQoL) ; Treatment Related Impact Measure - Weight (TRIM-W) ; Weight Related Symptom Measure (WRSM) ;
 - **stigmatisation** : Weight Self - Stigma Questionnaire (WSSQ) ;
 - **troubles nutritionnels chez les personnes en situation d'obésité** : BARIAVIE ; Binge Eating Scale (BES) ; Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) ; DEBQ-C ; Eating Inventory / Three-Factor Eating Questionnaire (EI/TFEQ) ; EQVOD ;
 - **activité physique** : MaQoL I (BAROS) ;
 - **apparence physique** : BARIAVIE ; Derriford Appearance Scale (DAS) 59 ; DAS-24 ;
 - **estime de soi-même** : MaQoL I (BAROS).
- **ET/OU la prise en charge chirurgicale** : BARIAVIE ; Binge Eating Scale (BES) ; Derriford Appearance Scale (DAS) 59 ; DAS-24 ; MaQoL I (BAROS).

Tableau 5. Réponses aux critères d'éligibilité des 13 questionnaires PROMs spécifiques non retenus.

Questionnaire PROMs	Pathologie(s)	Réponses aux critères d'éligibilité des questionnaires PROMs spécifiques non retenus				
		Questionnaire traduit et validé en français	Temps de remplissage	Fréquence d'administration	Seuil de changement cliniquement significatif :	
					Suivi de l'évolution clinique d'un patient	Suivi de l'évolution clinique entre des groupes de patients comparés
BARIAVIE	Obésité	✓	✓	⊖	⊖	⊖
BES	Obésité, surpoids, troubles nutritionnels	✓	⊖	⊖	⊖	⊖
DAS-59	Obésité	✓	✓	✓	⊖	⊖
DAS-24	Obésité	✓	✓	✓	⊖	⊖
DEBQ	Obésité, troubles nutritionnels	✓	✓	✓	⊖	⊖
DEBQ-C	Obésité, troubles nutritionnels	✓	⊖	✓	⊖	⊖
EI/TFEQ	Obésité, troubles nutritionnels	✓	✓	⊖	⊖	⊖
EQVOD	Obésité	✓	⊖	⊖	⊖	⊖
Laval	Obésité	✓	✓	✓	⊖	↻

MaQoL I (BAROS)	Obésité	✓	⊖	⊖	✓	✓
OWLQOL	Obésité, surpoids	✓	✓	✓	🕒	🕒
WRSM	Obésité, surpoids	✓	✓	✓	🕒	🕒
WSSQ	Obésité, surpoids	✓	⊖	✓	⊖	⊖

 : information retrouvée.
  : information non retrouvée.
  : travaux non finalisés.

1. Les treize questionnaires ne répondant pas aux critères d'éligibilité retenus dans la méthode HAS.

| BARIAVIE

Le questionnaire **BARIAVIE** a été développé en France par Arnaud en 2016 (42). Il s'agit d'un outil d'évaluation de la qualité de vie des patients adultes en situation d'obésité opérés en chirurgie bariatrique. Il facilite le suivi de la qualité de vie des patients et est utilisable en pratique clinique courante. Il prend en compte toutes les dimensions du quotidien des patients opérés. Il est aussi bien utilisable en phase préopératoire qu'en phase postopératoire. À terme, il pourra être utilisé pour comparer l'impact de différents types d'interventions en chirurgie bariatrique sur l'évolution de la qualité de vie du patient.

Le questionnaire **BARIAVIE** est composé de **14 questions**, réparties en **7 dimensions** :

- **sexualité** : 1 question ;
- **travail** : 1 question ;
- **vie sociale** : 2 questions ;
- **physique/mobilité** : 3 questions ;
- **psychologie/estime de soi/image de soi** : 3 questions ;
- **signes fonctionnels digestifs** : 3 questions ;
- **rapport à la nourriture** : 1 question.

Chaque question comprend **5 niveaux de réponses possibles**, allant de **0** (moins bonne qualité de vie) à **4** (meilleure qualité de vie).

Un score est calculé pour chaque dimension : il correspond à la somme des cotations des questions le constituant.

Un score global est calculé : il correspond à la somme des cotations des questions des 7 dimensions le constituant. Il varie entre 0 et 28.

Un score faible indique une meilleure qualité de vie et un score élevé indique une dégradation de la qualité de vie.

Le seuil de changement cliniquement significatif n'a pas été déterminé dans la population dans laquelle le questionnaire a été développé.

Le questionnaire concerne les patients âgés de 18 ans ou plus. Il peut être auto-administré par le patient. Le format de recueil n'est pas indiqué. La fréquence d'administration du questionnaire n'est pas indiquée et le temps de remplissage est de quelques minutes (pendant la période de consultation).

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, les modalités d'administration et la fréquence d'administration sont accessibles dans la thèse de doctorat en médecine de Clément Arnaud : <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/e3891c99-7b78-418f-b483-21c36b478192>

| Binge Eating Scale (BES)

Le questionnaire **Binge Eating Scale** a été développé par Gormally *et al.* en 1982 (51). Cette échelle est indiquée dans le suivi de l'obésité, du surpoids ou des troubles de l'alimentation. Elle permet d'évaluer les symptômes comportementaux, affectifs et cognitifs associés à l'hyperphagie boulimique,

chez les personnes en situation d'obésité, et notamment de celles candidates à la chirurgie bariatrique. Elle permet également de suivre l'efficacité d'un traitement chez les patients en situation d'obésité (51).

Le questionnaire **BES** est un questionnaire **bidimensionnel**, composé de **16 questions**, réparties en **2 dimensions** :

- **sentiments / ressenti** : 8 questions ;
- **comportement** : 8 questions.

Chaque question comprend **4 niveaux de réponses possibles**, avec des cotations par modalités de réponses qui varient soit entre **0 et 2**, soit entre **0 et 3**²³.

Il n'y a pas de calcul du score par dimension.

Un score global est calculé : il correspond à la somme des cotations des questions de toutes les dimensions. Il varie entre 0 et 46.

Un score faible correspond à un niveau d'hyperphagie boulimique moins sévère, et un score élevé correspond à un niveau d'hyperphagie boulimique plus sévère.

Un score global supérieur ou égal à 18 correspond à une hyperphagie boulimique significative.

Le seuil de changement cliniquement significatif n'a pas été spécifié dans la population dans laquelle le questionnaire a été développé.

Le questionnaire a été traduit et validé dans 18 langues, dont le français par l'organisation *Mapi Research Trust*¹¹. Il concerne les patients âgés de 18 ans et plus. Il peut être auto-administré par le patient. Le support de recueil utilisable est le format papier. La fréquence d'administration et le temps de remplissage ne sont pas indiqués.

Le questionnaire a été traduit et validé dans 151 langues, dont le français belge (39, 40). Il concerne les patients âgés de 18 ans et plus. Il peut être auto-administré par le patient. Le support de recueil utilisable est le format pdf ou une e-version (application REDCap). La fréquence d'administration est à adapter en fonction des dimensions et des échelles (en général : toutes les semaines). Le temps de remplissage est de 20 minutes pour le questionnaire complet et de quelques minutes pour chaque dimension.

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats et les modalités d'administration sont accessibles aux liens suivants :

- sur la partie ePROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹ au lien suivant : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/binge-eating-scale#descriptive_information
- dans l'article de Brunault *et al.* (52).

La grille de recueil (version en anglais) est accessible dans l'article de Gormally *et al.* (51)

- Elle est relayée sur la partie ePROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹ : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/binge-eating-scale#review_copy

La version française de la grille de recueil est accessible dans l'article de Brunault *et al.* (52).

23 Par exemple, pour la question 1, les modalités de réponses 1, 2, 3 et 4 possèdent 4 niveaux de cotations possibles, qui sont respectivement de 0, 0, 1 et 3. Pour les questions 2, 5 et 15, ces niveaux de cotations sont respectivement de 0, 1, 2 et 3... (52)

Les 2 versions du questionnaire Derriford Appearance Scale (DAS) : DAS-59, DAS-24

Le questionnaire **DAS-59** a été développé par Carr et Harris, en 1996 (53). Il permet d'évaluer la détresse et les difficultés éprouvées par une personne vivant avec des problèmes d'apparence physique. Il est indiqué pour les problèmes psychologiques et les comportements liés à l'apparence physique. Il peut être utilisé chez les patients atteints d'obésité faisant l'objet d'une abdominoplastie à la suite d'une intervention en chirurgie bariatrique (54). Il peut être utilisé en recherche clinique ou en pratique clinique courante (53, 54).

Le questionnaire **DAS-59** est composé de **59 questions** :

- **57 questions** réparties en **5 dimensions** :
 - **conscience générale de son apparence** : 17 questions ;
 - **conscience sociale de son apparence** : 20 questions ;
 - **conscience sexuelle et corporelle de son apparence** : 9 questions ;
 - **concept de soit négatif** : 5 questions ;
 - **conscience de son apparence faciale** : 6 questions ;
- **2 autres questions**, indépendantes des **5 dimensions**.

Un score est calculé pour chaque dimension : il correspond à la somme des cotations des questions la constituant.

Le **DAS-24** est une version simplifiée du **DAS-59**. Il s'agit d'un questionnaire **unidimensionnel** de **24 questions** (55). Il peut être utilisé en recherche clinique ou en pratique clinique courante (55).

Quelle que soit la version du questionnaire :

- chaque question comprend **4** niveaux de réponses possibles, avec des cotations sur une échelle de Likert allant de **1** (presque jamais) à **4** (presque toujours) ;
- **un score global est calculé** :
 - **DAS-59** : il correspond à la somme des cotations des questions de toutes les dimensions ;
 - **DAS-24** : il correspond à la somme des cotations de toutes les questions du questionnaire.
- qu'il s'agisse du score global (DAS-59 et DAS-24) ou des scores par dimension (DAS-59), un score faible indique une meilleure qualité de vie et un score élevé indique une moins bonne qualité de vie ;
- le seuil de changement cliniquement significatif n'a pas été spécifié dans la population dans laquelle le questionnaire a été développé ;
- le questionnaire concerne les patients âgés de 18 ans et plus ;
- il peut être auto-administré par le patient ;
- la fréquence d'administration correspond à l'évaluation de l'état actuel du patient ;
- le support de recueil utilisable est le format pdf.

Les temps d'administration par questionnaire sont respectivement :

- **DAS-59** : moins de 15 minutes ;
- **DAS-24** : 5 à 10 minutes.

Les questionnaires **DAS-59** et **DAS-24** ont été traduits respectivement dans 8 et 10 langues. D'après les informations disponibles sur la partie e-PROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹, les deux questionnaires ont été traduits et validés en français (pas de publication disponible).

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, les modalités d'administration, la fréquence d'administration, et les temps de remplissage sont accessibles sur les sites suivants :

– Partie e-PROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹ :

• **DAS-59** : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/derriford-appearance-scale#descriptive_information

• **DAS-24** : <https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/derriford-appearance-scale-short-form>

➔ Il convient de faire une demande de licence.

– Site du Derriford (DAS-24 et DAS-25) : <http://www.derriford.info/AboutDAS.htm>

Des extraits des grilles de recueil sont accessibles au lien suivant (exemples de questions en anglais) : <http://www.derriford.info/AboutDAS.htm>

➔ Cette information est relayée sur le site de validation linguistique *Mapi Research Trust*¹¹ :

• **DAS-59** : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/derriford-appearance-scale#review_copy

• **DAS-24** : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/derriford-appearance-scale-short-form#review_copy

Il est possible de commander un manuel de scoring, en écrivant à l'adresse suivante :

– **DAS-59** : Harris D, Moss TP, Carr T. *Manual for the Derriford Appearance Scale 59 (DAS59)*. Musketeer Press, Bradford on Avon. 2004 - ISBN 095484680X.

– **DAS-24** : Moss TP, Harris D, Carr T. *Manual for the Derriford Appearance Scale 24 (DAS24)*. Musketeer Press, Bradford on Avon. 2004 - ISBN 095484680X.

➔ Il est possible d'envoyer un mail à l'adresse suivante : tim.moss@derriford.info

Les questionnaire Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) et sa version simplifiée (DEBQ-C)

Le questionnaire **DEBQ** a été développé par van Strien *et al.* en 1986 (56, 57). Il permet d'évaluer le comportement émotionnel lié à l'alimentation, la restriction alimentaire et l'alimentation externe (56, 57). Il concerne les adultes et les adolescent(e)s en situation d'obésité ou présentant des troubles nutritionnels. Il peut être utilisé en recherche clinique ou en pratique clinique courante.

Le questionnaire **DEBQ** est **multidimensionnel** : il est composé de **33 questions** réparties en **3 dimensions** :

- **problèmes émotionnels liés à l'alimentation** : 13 questions ;
 - **émotions diffuses** : 4 questions ;
 - **émotions clairement exprimées** : 9 questions ;
- **restriction de l'alimentation** : 10 questions ;
- **alimentation externe** : 10 questions.

Chaque question comprend **5 niveaux de réponses possibles**, avec des cotations allant de **1** (jamais) à **5** (très souvent).

Le questionnaire **DEBQ-C** est une version simplifiée du **DEBQ**. Il a été développé par van Strien *et al.* en 2008 (56). Il peut être utilisé en recherche clinique ou en pratique clinique courante.

C'est un questionnaire **multidimensionnel** composé de **20 questions** réparties en **3 dimensions** :

- **problèmes émotionnels liés à l'alimentation** : 7 questions ;
- **restriction de l'alimentation** : 7 questions ;

- **alimentation externe** : 6 questions.

Chaque question comprend **3 niveaux de réponses possibles**, avec des cotations possibles allant de **1** (non) à **3** (oui).

Quelle que soit la version du questionnaire :

- **un score par dimension est calculé** : il correspond à la somme des cotations des questions la constituant ;
- **un score global est calculé** : il correspond à la somme des cotations des questions de l'ensemble des dimensions du questionnaire :
 - **il est compris** :
 - **DEBQ** : entre 33 et 165 ;
 - **DEBQ-C** : entre 20 et 60.
- un score élevé correspond à une moins bonne qualité de vie, et un score faible correspond à une meilleure qualité de vie ;
- le seuil de changement cliniquement significatif n'a pas été spécifié dans la population dans laquelle le questionnaire a été développé ;
- il peut être auto-administré par le patient ;
- la fréquence d'administration du questionnaire correspond à la règle générale ;
- le support de recueil utilisable est le format pdf.

Le temps de remplissage du questionnaire DEBQ est de 10 minutes ; celui du DEBQ-C n'est pas indiqué.

Le questionnaire DEBQ concerne les adultes et les adolescents, et le questionnaire DEBQ-C concerne les enfants âgés de 7 à 12 ans.

D'après les informations disponibles sur le site e-PROVIDE :

- le questionnaire DEBQ a été traduit et validé dans 14 langues, dont le français, par Lluch *et al.* (58), et Brunault *et al.* (59) ;
- le questionnaire DEBQ-C a été traduit et validé en français (pas de publication disponible).

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, les modalités d'administration et la fréquence d'administration sont accessibles sur les sites suivants :

- Partie ePROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹ :

• **DEBQ** : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/dutch-eating-behavior-questionnaire#descriptive_information

• **DEBQ-C** : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/dutch-eating-behavior-questionnaire-child-version#descriptive_information

➔ Il convient de faire une demande de licence.

- Sur le site suivant : <https://www.hogrefe.com/nl/debq>

➔ Il est possible d'envoyer un mail à l'adresse suivante : marketing@hogrefe.nl

La grille de recueil du questionnaire DEBQ est accessible :

- au lien suivant (en français) : <https://www.ifemdr.fr/wp-content/uploads/2011/10/Test-DEBQ.pdf>
- dans l'article de Lluch *et al.* (en anglais) (58).

La grille de recueil du DEBQ-C n'a été retrouvée qu'en anglais : <https://www.semanticscholar.org/paper/Validation-of-the-Dutch-Eating-Behaviour-Children-Sa%C4%9Fam-Ayde-mir/98498d0b83706d0bbc363f567a767f01240de29c/figure/2>

■ Eating Inventory / Three-Factor Eating Questionnaire (EI/TFEQ)

Le questionnaire **Eating Inventory / Three-Factor Eating Questionnaire (EI/TFEQ)** a été développé par Stunkard et Messick en 1985 (60). Il a pour objectif d'identifier différents troubles du comportement alimentaire ou la motivation à manger chez les patients atteints d'obésité. Il peut être utilisé en pratique clinique courante (61).

Le questionnaire **EI-TFEQ** est un questionnaire **multidimensionnel**, composé de **51 questions** réparties en **3 dimensions** :

- **restriction alimentaire (ou restriction cognitive)** : 20 questions ;
- **désinhibition alimentaire** : 16 questions ;
- **susceptibilité à la faim** : 15 questions.

Le questionnaire est structuré en **deux parties** :

- **première partie (questions 1 à 36)** : 36 questions sur le comportement alimentaire :
- ➔ Chaque question comporte **2 modalités de réponse** (« vrai » ou « faux ») :
 - pour les questions 1 à 9, 11 à 15, 17 à 20, 22, 23 et 24, 26 à 29, 32 à 36 : « vrai » correspond à 1 et « faux » correspond à 0 ;
 - pour les questions 10, 16, 21, 25, 30, 31 : « vrai » correspond à 0 et « faux » à 1.
- **Seconde partie (questions 37 à 51)** : 15 autres questions sur le comportement alimentaire :
- ➔ Il convient de répondre sur une échelle de Likert comportant :
 - **soit 4 niveaux de réponses possibles**, allant de **1** (pas du tout/presque tout le temps/jamais/facilement) à **4** (beaucoup/uniquement lors des repas/toujours/très difficilement) : questions 37 à 49, et 51 ;
 - **soit 6 niveaux de réponses possibles**, allant de **0** (vous mangez tout ce que vous voulez, quand vous voulez) à **5** (vous limitez constamment vos apports alimentaires, sans aucun écart) pour la question 50.

Chaque question est reliée à un type de comportement alimentaire, caractérisant une **sous-dimension** (cf. **Tableau 6**). Il n'y pas de calcul de score par dimension, mais un calcul de **score par sous-dimension**, qui varie en fonction des réponses attribuées à chaque question d'une sous-dimension.

En fonction des réponses aux questions des sous-dimensions, le questionnaire caractérise les différents troubles du comportement alimentaire du patient.

Tableau 6. Répartition des questions par sous-dimension.

Dimension correspondant à un comportement alimentaire	Sous-dimensions correspondant aux différents troubles du comportement alimentaire	Numéros des questions du TFEQ reliés au comportement alimentaire	Total de points accordés
Restriction		4, 6, 10, 14, 18, 21, 23, 28, 30, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 46, 48, 50	21
	Restriction flexible	4, 6, 18, 28, 35, 42, 48	7
	Restriction rigide	14, 32, 37, 38, 40, 43, 44	7
	Comportement de restriction stratégique	6, 23, 28, 48	4
	Attitude de contrôle de soi	10, 21, 30, 32, 37	5
	Évitement des aliments gras	33, 42, 43, 44	4
Désinhibition		1, 2, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 20, 25, 27, 31, 36, 45, 49, 51	16
	Susceptibilité habituelle de désinhibition alimentaire	11, 36, 45, 49, 51	5
	Susceptibilité émotionnelle de désinhibition alimentaire	9, 20, 27	3
	Susceptibilité situationnelle de désinhibition alimentaire	2, 7, 13, 15, 16	5
Susceptibilité à la faim		3, 5, 8, 12, 17, 19, 22, 24, 26, 29, 34, 39, 41, 47	14
	Déclenchée par des stimuli internes	3, 5, 12, 24, 34, 39	6
	Déclenchée par des stimuli externes	8, 19, 22, 26, 41, 47	6

Un score élevé par sous-dimension correspond soit à un niveau plus élevé de restriction alimentaire, soit à une alimentation plus désinhibée, soit à une susceptibilité plus élevée à la faim. Un score faible par sous-dimension correspond soit à un niveau plus faible de restriction alimentaire, soit à une alimentation moins désinhibée, soit à une susceptibilité plus faible à la faim.

Le seuil de changement cliniquement significatif n'a pas été spécifié dans la population dans laquelle le questionnaire a été développé.

Il existe une version du questionnaire traduite et validée en français canadien (61).

Le questionnaire concerne les patients âgés de 17 à 77 ans. Il peut être auto-administré par le patient, qui est libre de ne pas répondre à toutes les questions. Le format de recueil utilisé est le format pdf. La fréquence d'administration d'un questionnaire n'est pas indiquée et le temps de remplissage est de 15 minutes.

Le questionnaire a été traduit et validé dans 17 langues. Il a été traduit et validé en français par *Mapi Research Trust*¹.

Les informations sur la construction, le questionnaire, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, les modalités d'administration et le temps de remplissage sont accessibles aux liens suivants :

- Sur la partie e-PROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹ au lien suivant : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/eating-inventory-three-factor-eating-questionnaire#review_copy
 - Il convient de faire une demande de licence.
- Au lien suivant (gratuit) : https://www.pomme-obesite.fr/wp-content/uploads/2019/11/scoreTFEQ_troubles_alimentaires.pdf
 - Le questionnaire en anglais est disponible dans l'article de Stunkard et Messick (60).
 - Cet article est relayé sur la partie e-PROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹ au lien suivant : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/eating-inventory-three-factor-eating-questionnaire#review_copy

Le document de synthèse suivant (présentation, modalités de calcul et questionnaire) : https://www.pomme-obesite.fr/wp-content/uploads/2019/11/scoreTFEQ_troubles_alimentaires.pdf
Il existe également un questionnaire en ligne gratuit, avec restitution automatique des résultats : <https://questionnaire.aphp.fr/index.php/651959>

Échelle de Qualité de Vie, Obésité et Diététique (EQVOD)

Le questionnaire **EQVOD** a été développé par Ziegler *et al.* en 2005 (62). Il s'agit d'une adaptation en français du questionnaire IWQOL²⁴. Il s'agit d'un questionnaire de qualité de vie spécifique à l'obésité et à ses traitements (62). Il permet d'évaluer les effets des traitements diététiques sur la qualité de vie des personnes en situation d'obésité (42). Il peut être utilisé en recherche clinique ou en pratique clinique courante.

Il s'agit d'un questionnaire **multidimensionnel**, composé de **36 questions**, réparties en **5 dimensions** :

- **impact physique** : 11 questions ;
- **impact psycho-social** : 11 questions ;
- **impact sur la vie sexuelle** : 4 questions ;
- **confort avec la nourriture** : 5 questions ;
- **expérience de la diète** : 5 questions.

Chaque question comprend **5 niveaux de réponses possibles**, avec des cotations sur une échelle de Likert allant de **1** (toujours/énormément) à **5** (jamais/pas du tout).

Un score est calculé par dimension : il correspond à la somme des cotations de toutes les questions de cette dimension. Chaque score obtenu est ensuite multiplié par 100 pour obtenir un pourcentage.

Un score global est calculé : il correspond à la somme des cotations de toutes les questions du questionnaire. Le score global obtenu est ensuite multiplié par 100 pour obtenir un pourcentage.

24 La version initiale du questionnaire EQVOD correspond à une adaptation en français du questionnaire américain IWQOL (74 questions), auquel un module complémentaire de 17 questions a été ajouté : elle comporte 91 questions. Cette version initiale a par la suite été simplifiée en un questionnaire de 36 questions, afin qu'il soit adapté aux facteurs sociaux-culturels de l'obésité et à son traitement diététique en France.

Qu'il s'agisse du score par dimension ou du score global, un score élevé correspond à une meilleure qualité de vie et un score faible correspond à une moins bonne qualité de vie.

Le seuil de changement cliniquement significatif n'a pas été spécifié dans la population dans laquelle le questionnaire a été développé.

Le questionnaire EQVOD concerne les patients adultes. Il peut être auto-administré par le patient. Le format de recueil utilisé est le format pdf.

La fréquence d'administration n'est pas indiquée, ni le temps de remplissage.

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, les modalités d'administration et la fréquence d'administration sont accessibles aux liens suivants :

- <https://docplayer.fr/80037140-These-pour-le-doctorat-en-medecine-pauline-montaudon.html>
- http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_DIEFFENBRONN_EMILIE.pdf

Le questionnaire en français est accessible au lien suivant (annexe 1/page 76/thèse de doctorat en médecine) : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_DIEFFENBRONN_EMILIE.pdf

Il existe un questionnaire en ligne proposé par l'AP-HP : <https://questionnaire.aphp.fr/index.php/651959?lang=fr>

Le questionnaire Laval

Le questionnaire **Laval** a été développé en français canadien par Therrien et *al.* en 2011 (63). Il permet de mesurer la qualité de vie chez les patients atteints d'obésité morbide, en réponse à des changements induits par des traitements. Il peut être utilisé pour la recherche ou en pratique clinique courante (63).

Il est composé de **46 questions**, réparties en **7 dimensions** :

- **activités/mobilités** : 9 questions ;
- **symptômes** : 10 questions ;
- **hygiène personnelle/habillement** : 5 questions ;
- **émotions** : 11 questions ;
- **interactions sociales** : 7 questions ;
- **vie sexuelle** : 2 questions ;
- **alimentation** : 2 questions.

Chaque question comprend **7 niveaux de réponses possibles**, avec des cotations sur une échelle de Likert allant de **0** (énormément/tout le temps) à **7** (jamais).

Un score est calculé par dimension : il correspond à la moyenne des cotations des questions la constituant.

Un score élevé correspond à une meilleure qualité de vie et un score plus faible correspond à une moins bonne qualité de vie.

Dans les travaux de Therrien *et al.*, des différences cliniquement significatives ont été observées chez les patients opérés, alors qu'elles étaient faibles pour les patients non opérés, pour chaque dimension du questionnaire Laval (63). À ce stade, il s'agit d'estimations de différences cliniquement significatives, menées dans un établissement, et il est nécessaire de conduire des études élargies à d'autres établissements (63).

Le questionnaire concerne les patients adultes. Il peut être auto-administré par le patient. Le support de recueil utilisable est le format pdf. La fréquence d'administration est toutes les 4 semaines (64) et le temps de remplissage est de 10 minutes (63).

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, les modalités d'administration, la fréquence d'administration et la grille de recueil sont accessibles au lien suivant (annexe C/page 116) : <https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/001/mr01173.pdf>

Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire (MaQoL) / inclus dans BAROS

Le questionnaire **Moorehead-Ardelt Quality of Life I Questionnaire (MaQoL I)** est un questionnaire de qualité de vie spécifique, intégré dans un questionnaire plus général sur l'efficacité de la chirurgie bariatrique : le **Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS)**²⁵, développé par Oria et Moorehead en 1998 (65). Le questionnaire BAROS permet d'évaluer les résultats d'une intervention en chirurgie bariatrique, en tenant compte de la perte de poids, de l'amélioration des comorbidités liées à l'obésité, et en évaluant la qualité de vie. Il permet d'évaluer la sécurité du patient, en analysant les complications générales et spécifiques, à court et à long terme (65).

Le questionnaire **BAROS** regroupe **trois parties** :

- **1^{ère} partie / questionnaire de qualité de vie MAQoL I** : 5 questions ;
- **2^e partie / questions sur l'évolution du poids en post-opératoire** : augmentation ou diminution de poids ;
- **3^e partie / questions sur l'évolution des comorbidités liées à l'obésité** : évaluation par un médecin en post-opératoire.

La version initiale du questionnaire de qualité de vie **MAQoL I** comporte **5 questions** ciblant les dimensions suivantes (66) :

- **estime de soi-même** : 1 question ;
- **activité physique** : 1 question ;
- **vie sociale** : 1 question ;
- **conditions de travail** : 1 question ;
- **activité sexuelle** : 1 question.

Chaque question comprend **5 modalités de réponses possibles**, avec des cotations sur une échelle de Likert allant respectivement de :

- **pour l'estime de soi** : de - 1 (de mal en pis) à + 1 point (beaucoup mieux) ;

25 Le questionnaire BAROS comporte trois types de questions portant sur :

- **la qualité de vie (MaQoL I)** : 5 questions (administrées par le patient) ;
- **l'évolution du poids en post-opératoire** (augmentation ou diminution) ;
- **l'amélioration des pathologies et des comorbidités liées à l'obésité** : évaluation par un médecin en post-opératoire.

La perte de poids et l'amélioration des comorbidités liées à l'obésité sont évaluées par un médecin en post-opératoire. Le score maximum est de 3 points.

Un score global est calculé à partir des 3 types de mesures : il correspond à la somme des scores par dimension et varie de - 5 (échec) à + 9 (excellent). Un score inférieur ou égal à 1 correspond à un échec et un score supérieur ou égal à 9 est excellent. Un score global est bon lorsqu'il est supérieur à 3.

Des points peuvent être soustraits selon le type de complication (mineure/ majeure), en cas de reprise de poids, de ré-opération ou d'aggravation des comorbidités médicales.

- **pour l'activité physique, la vie sociale, le travail et la vie sexuelle** : de - 0,5 point (beaucoup moins) à + 0,5 point (beaucoup plus).

Un score de qualité de vie correspond à la somme des cotations des 5 questions du questionnaire MAQoL I.

Un **score de qualité de vie** maximum de **3 points** peut ainsi être obtenu.

La prise en charge est à adapter en fonction du score de qualité de vie obtenu :

- un score compris entre - 3 et - 2,1 correspond à une très faible qualité de vie ;
- un score compris entre - 2 et - 1,1 correspond à une faible qualité de vie ;
- un score compris entre - 1,1 et + 1,1 correspond à une qualité de vie acceptable ;
- un score compris entre + 1,1 et + 2 correspond à une bonne qualité de vie ;
- un score compris entre + 2,1 et + 3 correspond à une très bonne qualité de vie.

Concernant les deux autres types de questions :

- **pour l'évolution du poids en post-opératoire** : le score varie entre -1 (augmentation de poids) et +3 (perte d'excès de poids comprise entre 75 % et 100 %) ;
- **pour l'évolution des comorbidités liées à l'obésité²⁶** : le score varie entre -1 (aggravation de la situation) et +3 (problèmes majeurs tous résolus/autres problèmes en cours d'amélioration).

Le **score BAROS** est calculé à partir des **3 types de questions** : c'est la somme des scores de chaque type de question qui varie de 1 (échec) à + 9 (excellent), et reflète la prise en charge globale :

- **score global ≤ 1** : échec dans la prise en charge ;
- **1 < score global < 3** : prise en charge correcte ;
- **3 < score global < 5** : prise en charge satisfaisante ;
- **5 < score global < 7** : très bonne prise en charge ;
- **7 < score global < 9** : excellente prise en charge.

Une variation de 0,2 points du score BAROS correspond à une complication mineure et une variation d'1 point correspond à une complication majeure ou à la nécessité de réopérer.

Le questionnaire MAQoL I a été amélioré au niveau de sa construction en une seconde version intitulée MAQoL II.

Dans cette seconde version, les modifications suivantes ont été apportées :

- ajout d'une 6^e question relative au comportement alimentaire (66) ;
- le nombre de modalités de réponses possibles est passé de 5 à 10, avec des cotations sur échelle allant de - 50 (très mauvais) à + 50 (très bien).

Le questionnaire MAQoL I a été traduit et validé en français, mais pas le MAQoL II. Le questionnaire BAROS, qui comporte le questionnaire MAQoL I, a été traduit et validé en français par Nini *et al.* en 2002 (67).

L'âge des patients concernés n'est pas précisé. Le questionnaire peut être auto-administré par le patient. La fréquence d'administration et le temps de remplissage du questionnaire ne sont pas indiqués.

²⁶ Des points peuvent être soustraits selon le type de complication (mineure/majeure), en cas de reprise de poids, de ré-opération ou d'aggravation des comorbidités médicales.

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, les modalités d'administration sont accessibles dans l'article de Nini *et al.* (67).

La version de la grille de recueil en anglais est accessible au lien suivant : https://www.researchgate.net/figure/Bariatric-analysis-and-reporting-outcome-system-BAROS-with-Moorehead-Ardelt-Quality-of_fig2_6260878

La version de la grille de recueil en français est accessible dans l'article de Nini *et al.* (67).

Obesity and Weight Loss Quality of Life (OWLQOL)

Le questionnaire **Obesity and Weight Loss Quality of Life (OWLQOL)** a été développé par Patrick *et al.* en 2004 (68, 69). Il permet d'évaluer l'impact d'un traitement sur la prise de poids ou la perte de poids liée à la qualité de vie globale d'une personne en situation d'obésité. Il peut être utilisé en recherche clinique ou en pratique clinique courante (70).

Il s'agit d'un **questionnaire multidimensionnel** composé de **17 questions**, réparties en **4 dimensions** :

- **image de soi** : 7 questions ;
- **stigmatisation sociale** : 2 questions ;
- **tentatives pour perdre du poids** : 3 questions ;
- **santé physique** : 5 questions.

Chaque question comprend **7 niveaux de réponses possibles**, avec des cotations sur une échelle de Likert allant de **0** (pas du tout) à **6** (beaucoup/très grande gêne).

Un **score global** est calculé en faisant la somme des cotations des questions des 4 dimensions. Il varie entre 0 et 100. Un score faible indique une meilleure qualité de vie et un score élevé indique une dégradation de la qualité de vie.

Des différences minimales cliniquement significatives peuvent être interprétées comme des variations de scores liées à une perte de poids (69). Dans l'étude de Patrick *et al.*, il est indiqué que d'autres études de réactivité et d'interprétation des résultats du questionnaire sont nécessaires en recherche clinique et dans la prise en charge courante (études de la perte de poids avec un régime, de l'exercice et des médicaments) (69). À ce jour, ces études ne semblent pas avoir été réalisées.

Le questionnaire a été traduit et validé dans 64 langues, dont en français par *Mapi Research Trust*¹¹.

Le questionnaire concerne les patients adultes âgés de 18 à 65 ans. Il peut être auto-administré par le patient. Le support de recueil utilisable est le format pdf ou électronique. La fréquence d'administration du questionnaire est toutes les 4 semaines et le temps d'administration est de 5 minutes.

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, les modalités d'administration et la fréquence d'administration sont accessibles :

- au lien suivant : <http://depts.washington.edu/seaqol/OWLQOLWRSM>
- dans l'article de Patrick *et al.* (69).

Ces informations sont relayées sur la partie e-PROVIDE du site de validation linguistique *Mapi Research Trust*¹¹, au lien suivant : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/obesity-and-weight-loss-quality-of-life-measure#descriptive_information

➔ Il convient de faire une demande de licence.

Les modalités de calcul sont également accessibles aux liens suivants :

- sur le site du Seattle Quality of Life Group : <http://depts.washington.edu/seaqol/OWLQOLWRSM>
- dans le manuel : http://depts.washington.edu/seaqol/docs/OWLQOLWRSM_Info.pdf

La grille de recueil est accessible sur la partie ePROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹ :

- https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/obesity-and-weight-loss-quality-of-life-measure#re-view_copy
- https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/impact-of-weight-on-quality-of-life-lite#e_version

Weight Related Symptom Measure (WRSM)

Le questionnaire **WRSM** a été développé par Patrick *et al.* en 2004 (68, 69). Il permet d'évaluer la qualité de vie des personnes diabétiques et en situation d'obésité, et l'impact de leur prise en charge sur leur qualité de vie (perte de poids, prise de poids...). Il peut être utilisé en recherche clinique ou en pratique clinique courante (68, 69).

C'est un **questionnaire unidimensionnel long**, composé de **20 questions** (une question par dimension), abordant les points suivants :

- **essoufflement** : 1 question ;
- **fatigue** : 1 question ;
- **problèmes de sommeil** : 1 question ;
- **sensibilité au froid** : 1 question ;
- **augmentation de la soif** : 1 question ;
- **irritabilité accrue** : 1 question ;
- **mal de dos** : 1 question ;
- **urination fréquente** : 1 question ;
- **douleur dans les articulations** : 1 question ;
- **rétenion d'eau** : 1 question ;
- **problèmes de pieds** : 1 question ;
- **sensibilité à la chaleur** : 1 question ;
- **ronflements** : 1 question ;
- **augmentation de l'appétit** : 1 question ;
- **fuites urinaires** : 1 question ;
- **étourdissements** : 1 question ;
- **augmentation de la transpiration** : 1 question ;
- **perte du désir sexuel** : 1 question ;
- **diminution de l'endurance physique** : 1 question ;
- **irritation de la peau** : 1 question.

Chaque question comprend **7 niveaux de réponses possibles**, avec des cotations sur une échelle de Likert allant de **0** (pas du tout) à **6** (beaucoup).

Un score global est calculé : il correspond à la somme des cotations de l'ensemble des questions du questionnaire. Il varie entre 0 et 120. Un score faible indique une meilleure qualité de vie liée à l'obésité, et un score élevé indique une dégradation de la qualité de vie liée à l'obésité.

Des différences minimales cliniquement significatives peuvent être interprétées comme des variations de scores liées à des pertes de poids (69). Dans l'étude de Patrick *et al.*, il est indiqué que d'autres études de réactivité et d'interprétation sont nécessaires en recherche clinique et dans la prise en charge courante (études de la perte de poids avec un régime, de l'exercice et des médicaments) (69). À ce jour, ces études ne semblent pas avoir été réalisées.

Le questionnaire a été traduit et validé dans 64 langues, dont le français belge et le français canadien (auteur non précisé).

Le questionnaire concerne les patients adultes âgés de 18 à 65 ans. Il peut être auto-administré par le patient. Le support de recueil utilisable est le format papier ou un support électronique. La fréquence d'administration du questionnaire est toutes les 4 semaines et le temps d'administration de 2 minutes.

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, les modalités d'administration et la fréquence d'administration sont accessibles sur la partie ePROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹ au lien suivant : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/weight-related-symptom-measure#descriptive_information

→ Il convient de faire une demande de licence.

Les modalités de calcul sont également accessibles aux liens suivants :

- http://depts.washington.edu/seaqol/docs/OWLQOLWRSM_Info.pdf
- <http://depts.washington.edu/seaqol/OWLQOLWRSM>

Les modalités de calcul sont également accessibles dans l'article de Patrick *et al.*, relayé sur la partie ePROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹ : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/weight-related-symptom-measure#descriptive_information

→ Il convient de faire une demande de licence.

La grille (version anglaise) est accessible sur la partie ePROVIDE du site de validation linguistique *Mapi Research Trust*¹¹ : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/weight-related-symptom-measure#review_copy

→ Pour toute question sur une traduction, il convient de contacter Donald L Patrick, à l'adresse mail suivante : donald@uw.edu

Weight Self - Stigma Questionnaire (WSSQ)

Le questionnaire **Weight Self - Stigma Questionnaire (WSSQ)** a été développé par Lillis *et al.* en 2010 (71). Il a pour objectif de mesurer la stigmatisation associée au surpoids et à l'obésité. Il concerne les maladies nutritionnelles et métaboliques entraînant un surpoids ou une obésité. Il peut être utilisé dans des programmes de recherche (71) ou des prises en charge cliniques courantes (72).

Il s'agit d'un questionnaire **bidimensionnel** composé de **12 questions**, réparties en **2 dimensions** :

- **peur de la stigmatisation actée** : 6 questions ;
- **auto-dévaluation du poids** : 6 questions.

Chaque question comprend **5 niveaux de réponses possibles**, avec des cotations sur une échelle de Likert allant de **1** (pas d'accord) à **5** (tout à fait d'accord).

Un score est calculé pour chaque dimension : il correspond à la somme des cotations des questions le constituant. Il est compris entre 6 et 30.

Un score plus élevé par dimension correspond soit à une plus grande auto-dévaluation du poids, soit à une plus grande peur de la stigmatisation liée au surpoids ou à l'obésité. Un score plus faible correspond soit à une plus faible auto-dévaluation, soit à une peur plus limitée de la stigmatisation liée au surpoids ou à l'obésité.

Un score global est calculé : il correspond à la somme des cotations des questions de l'ensemble des dimensions du questionnaire. Il varie entre 12 et 60.

Le seuil de changement cliniquement significatif n'a pas été spécifié dans la population dans laquelle le questionnaire a été développé.

Le questionnaire a été traduit et validé en français, en 2019, par Maïano *et al.* (72).

Il concerne les adultes de plus de 19 ans. Il peut être auto-administré par le patient. Le format de recueil utilisé est le pdf. La fréquence d'administration correspond à la situation générale et le temps de remplissage du questionnaire n'est pas indiqué.

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, la fréquence d'administration, sont accessibles sur la partie e-PROVIDE du site de validation linguistique *Mapi Research Trust*¹ au lien suivant : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/weight-self%E2%80%90stigma-questionnaire#descriptive_information

➔ Il convient de faire une demande de licence.

La grille de recueil est accessible :

- au lien suivant : <https://www.utahact.com/measures-we-developed.html>
- dans l'article de Lillis *et al.* (en anglais) (71) ;
- dans l'article de Maïano *et al.* (en anglais et en français) (72).

2. Questionnaire non retenu en raison du caractère « non adapté » des questions avec les pratiques actuelles.

Le questionnaire TRIM W aborde une prise en charge médicamenteuse qui n'est plus adaptée en 2023 : les traitements ne sont plus administrés par voie orale (« coupes faim ») mais sous forme d'injection de sémaglutides, comme le WEGOVY. Cette situation ne permet pas de retenir le TRIM-W comme PROMs utilisable en l'état en 2023.

■ Treatment Related Impact Measure - Weight (TRIM-W)

Le questionnaire **TRIM-W** a été développé par Brod *et al.* en 2010 (73). Il permet d'évaluer l'impact d'un (ou plusieurs) traitements médicamenteux prescrits sur la qualité de vie des patients en obésité. Il peut être utilisé en pratique clinique courante. Il s'agit d'un des questionnaires retenus, en première intention, dans la littérature de de Vries *et al.* (18).

Il s'agit d'un **questionnaire multidimensionnel long**, composé de **22 questions**, réparties en **5 dimensions** :

- **vie quotidienne** : 6 questions ;
- **gestion du poids** : 3 questions ;
- **lourdeur du traitement** : 4 questions ;
- **expérience du patient sur les effets secondaires** : 5 questions ;
- **santé mentale** : 4 questions.

Chaque question comprend **5 niveaux de réponses possibles**, avec des cotations sur une échelle de Likert allant de **1** (pas du tout) à **5** (beaucoup).

Un score est calculé par dimension : il correspond à la somme des cotations de toutes les questions le constituant.

Un score global est calculé : il correspond à la somme des cotations des questions de toutes les dimensions. Il varie entre 22 et 110.

Un score élevé reflète un meilleur impact des traitements anti-obésité sur la qualité de vie du patient, et un score faible reflète un impact plus faible des traitements anti-obésité sur la qualité de vie des patients.

Une évolution minimale du score total et des scores par dimension d'un demi écart-type, chez un patient, traduit un changement cliniquement significatif de son état de santé.

Le questionnaire TRIM-W a été traduit et validé dans 14 langues.

D'après les informations disponibles sur le site e-PROVIDE, le questionnaire TRIM-W a été traduit et validé en français (pas de publication disponible sur e-PROVIDE).

Le questionnaire concerne les patients adultes âgés de 18 ans et plus. Il peut être auto-administré par le patient. Le support de recueil utilisable est le format papier ou électronique. La fréquence d'administration du questionnaire est de toutes les 2 semaines et le temps d'administration est de 4 minutes.

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, les modalités d'administration et la fréquence d'administration sont accessibles sur la partie ePROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹ au lien suivant : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/treatment-related-impact-measure-weight#descriptive_information

La grille (version en anglais) est accessible sur la partie ePROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹ aux liens suivants :

- https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/treatment-related-impact-measure-weight#need_this_questionnaire
- https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/treatment-related-impact-measure-weight#re-view_copy

Il est également possible de contacter *Mapi Research Trust*¹¹ pour avoir de plus amples informations sur les calculs et l'interprétation des résultats. Cf. rubrique suivante : <https://eprovide.mapi-trust.org/page/contact>

Annexe 3. Exemple de questionnaires spécifiques sur les troubles anxieux et la dépression, utilisés dans la prise en charge de l'obésité

L'analyse de la littérature met en évidence que les questionnaires suivants portant sur la dépression sont utilisés pour évaluer la qualité de vie des personnes en obésité :

- **Generalized Anxiety Disorder (GAD)** : GAD- 7, GAD-2 ;
- **Patient Health Questionnaire (PHQ)** : PHQ-9, PHQ-8, PHQ-4.

De nombreuses études ont été retrouvées pour les questionnaires GAD-7 et PHQ-2. Quelques études ont été retrouvées pour le questionnaire RCADS-47.

Les différentes versions du questionnaire General Anxiety Disorder (GAD) : GAD-7 et GAD-2.

Le questionnaire GAD-7 a été développé par Spitzer *et al.* en 2006 (74). Ce questionnaire est utilisé pour identifier les troubles anxieux généralisés et évaluer la gravité des symptômes en recherche et en pratique clinique courante. Le questionnaire GAD-7 a fait l'objet de 35 publications sur l'obésité.

Il s'agit d'un questionnaire **unidimensionnel** qui comporte **7 questions**.

Il existe une version simplifiée du questionnaire GAD-7 : le GAD-2. Elle comporte 2 questions.

Quelle que soit la version du questionnaire :

- chaque question comprend 4 niveaux de réponses possibles, avec des cotations sur une échelle de Likert allant de 0 (pas du tout) à 3 (presque tous les jours) ;
- **un score global est calculé** : il correspond à la somme des cotations des questions de toutes les dimensions ;
- **il varie respectivement** :
 - **GAD-7** : de 0 à 21 ;
 - **GAD-2** : de 0 à 6.

Un score faible indique des symptômes dépressifs moins sévères et un score élevé indique des symptômes dépressifs plus sévères. Les bornes d'interprétation du score global sont résumées dans le **Tableau 7** ci-dessous.

Tableau 7. Bornes d'interprétation du score global de chaque questionnaire GAD.

PROMs (Âge des patients)	Cut off du score global
GAD-7 (18-95 ans)	<ul style="list-style-type: none">- 0 à 4 : le patient n'a aucun trouble anxieux ;- 5 à 9 : le patient a des troubles anxieux légers ;- 10 à 14 : le patient a des troubles anxieux modérés ;- 15 à 21 : le patient a des troubles anxieux sévères.
GAD-2 (18-95 ans)	Un score ≥ 3 signifie qu'il est nécessaire de faire une investigation plus approfondie.

- Le seuil de changement cliniquement significatif n'a pas été spécifié dans la population dans laquelle le questionnaire a été développé.

Le questionnaire GAD-7 a été traduit et validé dans 82 langues. Il a été traduit et validé en français par l'organisation *Mapi Research Trust*¹¹. Le questionnaire GAD-2 n'a pas été traduit et validé en français.

Chaque questionnaire concerne des patients âgés de 18 à 95 ans. Il peut être auto-administré par le patient ou administré par un enquêteur formé. Le support de recueil utilisable est le format pdf. La fréquence d'administration du questionnaire est de toutes les deux semaines et le temps de remplissage d'un questionnaire n'est pas précisé.

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, les modalités d'administration et la fréquence d'administration sont accessibles aux liens suivants :

GAD-7 :

- https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/generalized-anxiety-disorder-7#descriptive_information
- <https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10016261/f/201412/instructions.pdf>
- Il convient de faire une demande de licence.

GAD-2 :

- <https://www.hiv.uw.edu/page/mental-health-screening/phq-2>
- <https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10016261/f/201412/instructions.pdf>
- Il convient de faire une demande de licence.

La version française de la grille GAD-7 est accessible sur le site de Pfizer, au lien suivant : https://www.phqscreeners.com/images/sites/g/files/g10060481/f/201412/GAD7_French%20for%20France.pdf

- Cette information est relayée sur la partie ePROVIDE du site *Mapi Research Trust*¹¹ au lien suivant : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/generalized-anxiety-disorder-7#review_copy

Les différentes versions du Patient Health Questionnaire (PHQ) : PHQ-9, PHQ-8, PHQ-4.

Le **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)** a été développé par Kroenke *et al.* en 2002, dans le cadre d'une bourse d'études financée par Pfizer²⁷ (75-79). Il s'agit d'une échelle destinée à mesurer la gravité de la dépression et à diagnostiquer les troubles dépressifs. Il est utilisé en recherche clinique ou en pratique clinique courante. Le questionnaire PHQ-9 a fait l'objet de 76 publications chez les patients en obésité. Deux publications ont été retrouvées pour le questionnaire PHQ-4 et 5 publications pour le questionnaire PHQ-8.

Le PHQ-9 est un questionnaire **unidimensionnel court**, composé de 9 questions.

Il existe plusieurs versions simplifiées du PHQ-9 :

- **PHQ-8** : 8 questions (77, 80) ;
- **PHQ-4** : 4 questions (77, 80) ;
- **PHQ-2** : 2 questions (80, 81).

Les questionnaires PHQ-8 et PHQ-2 sont **unidimensionnels courts**.

27 Le nom Patient Health Questionnaire est une marque déposée par Pfizer Inc. © 1999, Pfizer Inc. Tous droits réservés. Reproduit avec permission. Sur chaque questionnaire, il est noté « Développé par les Dr Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et leurs collègues grâce à une allocation d'études de Pfizer Inc. La reproduction, la traduction, l'affichage ou la distribution de ce document sont autorisés ».

Le **PHQ-4** comporte 2 questions du PHQ-8 et 2 questions du questionnaire *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7)²⁸.

Le **PHQ-4** comporte **4 questions**²⁹, réparties en **2 dimensions** :

- **anxiété** : 2 questions ;
- **dépression** : 2 questions.

Le questionnaire **PHQ-2** comporte les deux premières questions du PH-9.

Quelle que soit la version du questionnaire :

- chaque question comprend **4 niveaux de réponses possibles**, avec des cotations sur une échelle de Likert allant de 0 (pas du tout) à 3 (presque tous les jours) ;
- **un score global est calculé** : il correspond à la somme des cotations des questions de l'ensemble des dimensions du questionnaire ;
- **il varie respectivement** :
 - **PHQ-9** : de 0 à 27 ;
 - **PHQ-8** : de 0 à 24 ;
 - **PHQ-4** : de 0 à 12 ;
 - **PHQ-2** : de 0 à 6.
- un score faible indique des symptômes dépressifs moins sévères et un score élevé indique des symptômes dépressifs plus sévères. Les bornes d'interprétation du score global sont résumées dans le **Tableau 8** ci-dessous.

Tableau 8. Bornes d'interprétation du score global de chaque questionnaire PHQ.

PROMs (Âge des patients)	Cut-off du score global
PHQ-9 (≥ 18 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - 0 à 4 : le patient n'a aucun symptôme dépressif significatif ; - 5 à 9 : le patient a des symptômes dépressifs légers ; - 10 à 14 : le patient a des symptômes dépressifs modérés ; - 15 à 19 : le patient a des symptômes modérément sévères ; - 20 à 27 : le patient a des symptômes dépressifs sévères.
PHQ-8 (≥ 18 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - 0 à 4 : le patient n'a aucun symptôme dépressif ou significatif ; - 5 à 9 : le patient a des symptômes dépressifs légers ; - 10 à 14 : le patient a des symptômes dépressifs modérés ; - 15 à 19 : le patient a des symptômes modérément sévères ; - 20 à 24 : le patient a des symptômes dépressifs sévères. <p>Un score ≥ 10 traduit une dépression courante.</p>
PHQ-4 (18-95 ans)	<ul style="list-style-type: none"> - 0 à 2 : le patient n'a aucun symptôme dépressif ou anxieux significatif ; - 3 à 5 : le patient a des symptômes dépressifs ou anxieux légers ; - 6 à 8 : le patient a des symptômes dépressifs ou anxieux modérés ; - 9 à 12 : le patient a des symptômes dépressifs ou anxieux sévères. <p>Un score ≥ 3 signifie qu'il est nécessaire de faire une investigation plus approfondie.</p>

28 Le GAD-7 est un questionnaire spécifique des troubles mentaux. Il a pour objectif d'identifier les cas probables de trouble d'anxiété généralisée et d'évaluer la gravité des symptômes.

29 Il s'agit de 2 questions du PHQ-8 et 2 questions du questionnaire Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7).

PHQ-2
(≥ 18 ans)

Un score ≥ 3 signifie qu'il est nécessaire de faire une investigation plus approfondie.

- Le seuil de changement cliniquement significatif n'a été retrouvé pour aucun questionnaire ;
- Chaque questionnaire concerne des patients âgés de 18 ans ou plus. Il peut être auto-administré par le patient ou administré par un enquêteur formé.

Les versions PHQ-9 (traduit dans 107 langues), PHQ-8 (traduit dans 60 langues) et PHQ-4 (traduit dans 25 langues) du questionnaire ont été traduites et validées en français par l'organisation *Mapi Research Trust*¹¹. Le PHQ-2 n'a pas été traduit et validé linguistiquement en français.

Les formats de recueil utilisés sont :

- **pdf** : PHQ-9, PHQ-8, PHQ-4, PHQ-2 ;
- **le format électronique (e-version)** : PHQ-9, PHQ-8 ;
- **le téléphone** : PHQ-9, PHQ-4 ;
- **un système vocal interactif (SIR)** : PHQ-8.

La fréquence d'administration est de toutes les deux semaines pour les quatre versions, et le temps de remplissage du questionnaire est de plus d'une minute pour le PHQ-9, le PHQ-8 et le PHQ-4 et de moins d'une minute pour le PHQ-2.

Les informations sur la construction, les modalités de calcul et d'interprétation des résultats, la fréquence d'administration, sont accessibles sur la partie e-PROVIDE du site de validation linguistique *Mapi Research Trust*¹¹ aux liens suivants :

- **PHQ-9** : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/patient-health-questionnaire-9-item#descriptive_information
 - **PHQ-8** : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/patient-health-questionnaire-8-items#descriptive_information
 - **PHQ-4** : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/patient-health-questionnaire-4-items#descriptive_information
 - **PHQ-2** : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/patient-health-questionnaire-2-items#descriptive_information
- ➔ Il convient de faire une demande de licence.

Les versions françaises des grilles PHQ-9, PHQ-8 et PHQ-4 sont accessibles sur le site de Pfizer, au lien suivant : <https://www.phqscreeners.com/terms>

Cette information est relayée sur la partie e-PROVIDE du site de validation linguistique *Mapi Research Trust*¹¹, aux liens suivants :

- **PHQ-9** : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/patient-health-questionnaire-9-item#review_copy
 - **PHQ-8** : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/patient-health-questionnaire-8-items#review_copy
 - **PHQ-4** : https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/patient-health-questionnaire-4-items#review_copy
- ➔ Il convient de faire une demande de licence.

Annexe 4. Les populations de patients très à risque d'obésité

Les guides de parcours de soins concernant le surpoids et l'obésité de l'adulte (15) et le surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) (16) mettent en évidence des populations de patients très à risque de surpoids ou d'obésité qu'il convient de surveiller (ex. : cancer du sein) ou d'autres situations où le poids est à surveiller (grossesse/maternité, enfance/pré-adolescence/adolescence, handicap (enfants, adolescents ou adultes)).

L'analyse de la littérature n'a pas permis de retrouver l'utilisation de PROMs dans toutes ces populations, mais elle est décrite quand elle a été retrouvée, ainsi que d'autres exemples d'utilisation de PROMs à la suite des comorbidités associées à l'obésité.

En complément des PROMs spécifiques à l'obésité, d'autres PROMs sont utilisés pour mesurer l'impact d'autres maladies ou de situations touchant les personnes en obésité.

Par exemple :

- **grossesse/maternité** : femmes enceintes en situation de surpoids ou d'obésité :
 - dans la revue de Dadouch *et al.* (82), 256 dimensions et 7 thèmes distincts ont été établis sur la base de cette revue : les dimensions concernent notamment l'adaptation affective ou le bien-être (21 %), les prestations de soins (15 %) et les résultats physiologiques ou cliniques liés à la grossesse (13 %) ;
- **cancer du sein** : une étude de Srinivasa *et al.* a étudié l'impact de l'indice de masse corporelle sur la survenue de complications et les résultats du PROMs BREAST-Q³⁰, à la suite de la mise en place d'une reconstruction mammaire autologue par lambeau ou d'une chirurgie non conservatrice du sein (mastectomie) (83) ;
- **enfance, pré-adolescence, adolescence** : des questionnaires ont été identifiés dans la littérature pour suivre des enfants/adolescent à risque ou atteints de surpoids ou d'obésité dans les étapes suivantes :
 - transition entre l'enfance et l'adolescence (7-12 ans) : DEBQ-C ;
 - transition entre l'adolescence et l'âge adulte (> 14 ans) : Eating Disorders Quality of Life Scale (EDQLS).
- **troubles digestifs chez les patients en obésité** : dans une étude de Poghosyan *et al.*, le questionnaire GIQLI a été utilisé pour comparer la qualité de vie chez des patients en obésité ayant subi une chirurgie bariatrique (gastroplastie par anneau modulable sous laparoscopie) à une population témoin de patients (84).

30 Le BREAST-Q est un questionnaire composé de questions sur la satisfaction et la qualité de vie, qui sont proposées en fonction du type d'intervention chirurgicale : thérapie conservatrice, mastectomie, ou reconstruction mammaire.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs. Panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3277049/fr/qualite-des-soins-percue-par-le-patient-indicateurs-proms-et-prems-panorama-d-experiences-etrangees-et-principaux-enseignements
2. Ministère des solidarités et de la santé, Le Guludec D, Ceretti AM, Lyon-Caen O, Carricaburu J, Fouard A, *et al.* Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques. Rapport final. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_pertinence-2.pdf
3. Haute Autorité de Santé. Projet stratégique 2019 – 2024. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/projet_strategique_2019-2024.pdf
4. Porter ME, Larsson S, Lee TH. Standardizing Patient Outcomes Measurement. *N Engl J Med* 2016;374(6):504-6.
<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1511701>
5. Organisation for Economic Cooperation and Development. Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators. Recommendations to OECD Ministers of Health from the high level reflection group on the future of health statistics. Paris: OECD; 2017.
<https://www.oecd.org/els/health-systems/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf>
6. Organisation de coopération et de développement économiques. Panorama de la santé 2019. Paris: OCDE; 2019.
https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2019_5f5b6833-fr
7. Organisation de coopération et de développement économiques. Panorama de la santé 2021. Paris: OCDE; 2021.
https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2021_fea50730-fr
8. Haut conseil de la santé publique. Usages et bon usage de la mesure de la santé perçue et de la qualité de vie en France. Paris: HCSP; 2022.
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clef=r=1170>
9. Haute Autorité de Santé. PROMs : comment les mettre en œuvre ? Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-05/proms_comment_les_mettre_en_oeuvre_mai_2023.pdf
10. Haute Autorité de Santé. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante. Approche théorique et critères opérationnels. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3277235/fr/iqss-guide-proms-general-2021
11. Haute Autorité de Santé. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante. Questionnaires spécifiques pour la prise en charge des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3277236/fr/iq-aide-a-l-utilisation-de-questionnaires-patients-de-mesure-des-resultats-de-soins-proms-pour-ameliorer-la-pratique-clinique-courante-questionnaires-specifiques-pour-la-prise-en-charge-des-patients-atteints-de-bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco-guide-juin-2021
12. Haute Autorité de Santé. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante. Questionnaires spécifiques pour la prise en charge des patients atteints de syndrome coronarien chronique. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3304619/fr/iq-aide-a-l-utilisation-de-questionnaires-patients-de-mesure-des-resultats-de-soins-proms-pour-ameliorer-la-pratique-clinique-courante-questionnaires-specifiques-pour-la-prise-en-charge-des-patients-atteints-de-syndrome-coronarien-chronique-guide-decembre-2021
13. Haute Autorité de Santé. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante dans la prise en charge de la maladie rénale chronique. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3333667/fr/iq-aide-a-l-utilisation-de-questionnaires-patients-de-mesure-des-resultats-de-soins-proms-pour-ameliorer-la-pratique-clinique-courante-dans-la-prise-en-charge-de-la-maladie-renale-chronique-guide-avril-2022
14. Haute Autorité de Santé. Aide à l'utilisation de questionnaires patients de mesure des résultats de soins (PROMs) pour améliorer la pratique clinique courante dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Guide. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3390145/fr/iq-aide-a-l-utilisation-de-questionnaires-patients-de-mesure-des-resultats-de-soins-proms-pour-ameliorer-la-pratique-clinique-courante-dans-la-prise-en-charge-de-l-insuffisance-cardiaque-guide-novembre-2022
15. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte

16. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e
17. de Vries CE, Kalf MC, Prinsen CA, Coulman KD, den Haan C, Welbourn R, *et al.* Recommendations on the most suitable quality-of-life measurement instruments for bariatric and body contouring surgery: a systematic review. *Obes Rev* 2018;19(10):1395-411.
<http://dx.doi.org/10.1111/obr.12710>
18. de Vries CE, Terwee CB, Al Nawas M, van Wagenveld BA, Janssen IM, Liem RS, *et al.* Outcomes of the first global multidisciplinary consensus meeting including persons living with obesity to standardize patient-reported outcome measurement in obesity treatment research. *Obes Rev* 2022;23(8):e13452.
<http://dx.doi.org/10.1111/obr.13452>
19. Institut canadien d'information sur la santé. Document d'information sur les PROM. Ottawa: ICIS; 2015.
https://www.cihi.ca/sites/default/files/proms_background_may21_fr-web_0.pdf
20. Leplège A, Ecosse E, Pouchot J, Coste J, Perneger T. Le questionnaire MOS SF-36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores. Paris: Editions ESTEM; 2001.
21. Prodinge B, Taylor P. Improving quality of care through patient-reported outcome measures (PROMs): expert interviews using the NHS PROMs Programme and the Swedish quality registers for knee and hip arthroplasty as examples. *BMC Health Serv Res* 2018;18:87.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-2898-z>
22. International Society of Arthroplasty Registries, Rolfson O, Bohm E, Franklin P, Lyman S, Denissen G, *et al.* Patient-reported outcome measures in arthroplasty registries. Report of the Patient-Reported Outcome Measures Working Group of the International Society of Arthroplasty Registries. Part II. Recommendations for selection, administration, and analysis. *Acta Orthop* 2016;87(Suppl 1):9-23.
<http://dx.doi.org/10.1080/17453674.2016.1181816>
23. Gwaltney CJ, Shields AL, Shiffman S. Equivalence of electronic and paper-and-pencil administration of patient-reported outcome measures: a meta-analytic review. *Value Health* 2008;11(2):322-33.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00231.x>
24. Nordan L, Blanchfield L, Niazi S, Sattar J, Coakes CE, Uitti R, *et al.* Implementing electronic patient-reported outcomes measurements: challenges and success factors. *BMJ Qual Saf* 2018;27(10):852-6.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008426>
25. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med* 2001;33(5):337-43.
<http://dx.doi.org/10.3109/07853890109002087>
26. Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, *et al.* Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 1992;305(6846):160-4.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.305.6846.160>
27. World Health Organization. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28(3):551-8.
<http://dx.doi.org/10.1017/s0033291798006667>
28. Baumann C, Erpelding ML, Régat S, Collin JF, Briançon S. The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2010;58(1):33-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2009.10.009>
29. Kolotkin RL, Crosby RD, Kosloski KD, Williams GR. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obes Res* 2001;9(2):102-11.
<http://dx.doi.org/10.1038/oby.2001.13>
30. European Association for Endoscopic Surgery, Korolija D, Sauerland S, Wood-Dauphinée S, Abbou CC, Eypasch E, *et al.* Evaluation of quality of life after laparoscopic surgery: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc* 2004;18(6):879-97.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00464-003-9263-x>
31. Malczak P, Mizera M, Lee Y, Pisarska-Adamczyk M, Wysocki M, Bała MM, *et al.* Quality of life after bariatric surgery: a systematic review with bayesian network meta-analysis. *Obes Surg* 2021;31(12):5213-23.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11695-021-05687-1>
32. Sierżantowicz R, Ładny JR, Lewko J. Quality of life after bariatric surgery: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(15):9078.
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19159078>
33. Crosby RD, Kolotkin RL, Williams GR. An integrated method to determine meaningful changes in health-related quality of life. *J Clin Epidemiol* 2004;57(11):1153-60.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2004.04.004>
34. Klassen AF, Cano SJ, Scott A, Johnson J, Pusic AL. Satisfaction and quality-of-life issues in body contouring surgery patients: a qualitative study. *Obes Surg* 2012;22(10):1527-34.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11695-012-0640-1>
35. Elfanagely O, Othman S, Mellia JA, Messa CA, Fischer JP. Quality of life and complications in the morbidly obese patient following post-bariatric body contouring. *Aesthetic Plast Surg* 2021;45(3):1105-12.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00266-020-02046-w>
36. Poulsen L, McEvenue G, Klassen A, Hoogbergen M, Sorensen JA, Pusic A. Patient-Reported Outcome Measures: BODY-Q. *Clin Plast Surg* 2019;46(1):15-24.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2018.08.003>
37. Mou D, de Vries CE, Pater N, Poulsen L, Makarawung DJ, Wiezer MJ, *et al.* BODY-Q patient-reported outcomes measure (PROM) to assess sleeve gastrectomy vs. Roux-en-Y gastric bypass: eating behavior, eating-related distress, and eating-related symptoms. *Surg Endosc* 2021;35(8):4609-17.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00464-020-07886-w>
38. Barone M, Cogliandro A, Salzillo R, Tambone V, Persichetti P. Patient-reported satisfaction following post-

- bariatric surgery: a systematic review. *Aesthetic Plast Surg* 2018;42(5):1320-30.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00266-018-1146-6>
39. Schettini AV, Rillon P, Pirson G, de Coninck C. Completion of the French translation and linguistic validation of the BODY-Q. *Psychiatr Danub* 2020;32(Suppl 1):150-2.
40. Rillon P, Château F, Klassen A, Tsangaris E, Pirson G, de Coninck C. French translation and linguistic validation of a new Patient Reported Outcome instrument: the BODY-Q: a description of the process. *Psychiatr Danub* 2019;31(Suppl 3):406-10.
41. King's Fund, Office of Health Economics, Devlin NJ, Appleby J, Buxton M, Vallance-Owen A, *et al.* Getting the most out of PROMs. Putting health outcomes at the heart of NHS decision-making. London: The King's Fund; 2010.
<https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Getting-the-most-out-of-PROMs-Nancy-Devlin-John-Appleby-Kings-Fund-March-2010.pdf>
42. Arnaud C. Création et validation d'un nouvel outil d'évaluation de la qualité de vie des patients adultes obèses opérés de chirurgie bariatrique, le BARIAVIE [Thèse : docteur en médecine]. Poitiers: Faculté de médecine et pharmacie; 2016.
<http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/e3891c99-7b78-418f-b483-21c36b478192>
43. Mazer LM, Azagury DE, Morton JM. Quality of life after bariatric surgery. *Curr Obes Rep* 2017;6(2):204-10.
<http://dx.doi.org/10.1007/s13679-017-0266-7>
44. Coulman KD, Blazeby JM. Health-related quality of life in bariatric and metabolic surgery. *Curr Obes Rep* 2020;9(3):307-14.
<http://dx.doi.org/10.1007/s13679-020-00392-z>
45. Driscoll S, Gregory DM, Fardy JM, Twells LK. Long-term health-related quality of life in bariatric surgery patients: a systematic review and meta-analysis. *Obesity* 2016;24(1):60-70.
<http://dx.doi.org/10.1002/oby.21322>
46. Raaijmakers LC, Pouwels S, Thomassen SE, Nienhuijs SW. Quality of life and bariatric surgery: a systematic review of short- and long-term results and comparison with community norms. *Eur J Clin Nutr* 2017;71(4):441-9.
<http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2016.198>
47. Andersen JR, Aasprang A, Karlsen TI, Natvig GK, Våge V, Kolotkin RL. Health-related quality of life after bariatric surgery: a systematic review of prospective long-term studies. *Surg Obes Relat Dis* 2015;11(2):466-73.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2014.10.027>
48. Tayyem RM, Atkinson JM, Martin CR. Development and validation of a new bariatric-specific health-related quality of life instrument "bariatric and obesity-specific survey (BOSS)". *J Postgrad Med* 2014;60(4):357-61.
<http://dx.doi.org/10.4103/0022-3859.143952>
49. Jumbe S, Bartlett C, Jumbe SL, Meyrick J. The effectiveness of bariatric surgery on long term psychosocial quality of life: a systematic review. *Obes Res Clin Pract* 2016;10(3):225-42.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.orcp.2015.11.009>
50. Hachem A, Brennan L. Quality of life outcomes of bariatric surgery: a systematic review. *Obes Surg* 2016;26(2):395-409.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11695-015-1940-z>
51. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982;7(1):47-55.
[http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
52. Brunault P, Gaillard P, Ballon N, Couet C, Isnard P, Cook S, *et al.* Validation de la version française de la Binge Eating Scale : étude de sa structure factorielle, de sa consistance interne et de sa validité de construit en population clinique et non clinique. *L'Encéphale* 2016;42(5):426-33.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.009>
53. Carr T, Harris D, James C. The Derriford Appearance Scale (DAS-59): a new scale to measure individual responses to living with problems of appearance. *Br J Health Psychol* 2000;5(2):201-15.
<http://dx.doi.org/10.1348/135910700168865>
54. Harris DL, Carr AT. The Derriford Appearance Scale (DAS59): a new psychometric scale for the evaluation of patients with disfigurements and aesthetic problems of appearance. *Br J Plast Surg* 2001;54(3):216-22.
<http://dx.doi.org/10.1054/bjps.2001.3559>
55. Carr T, Moss T, Harris D. The DAS24: a short form of the Derriford Appearance Scale DAS59 to measure individual responses to living with problems of appearance. *Br J Health Psychol* 2005;10(Pt 2):285-98.
<http://dx.doi.org/10.1348/135910705x27613>
56. van Strien T, Frijters JE, Bergers GP, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *Int J Eat Disord* 1986;5(2):295-315.
57. van Strien T, Oosterveld P. The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7- to 12-year-old children. *Int J Eat Disord* 2008;41(1):72-81.
<http://dx.doi.org/10.1002/eat.20424>
58. Lluch A, Kahn J, Stricker-Krongrad A, Ziegler O, Drouin P, Méjean L. Internal validation of a French version of the Dutch eating behaviour questionnaire. *Eur Psychiatry* 1996;11(4):198-203.
[http://dx.doi.org/10.1016/0924-9338\(96\)88391-x](http://dx.doi.org/10.1016/0924-9338(96)88391-x)
59. Brunault P, Rabemampianina I, Apfeldorfer G, Ballon N, Couet C, Réveillère C, *et al.* The Dutch Eating Behavior Questionnaire: further psychometric validation and clinical implications of the French version in normal weight and obese persons. *Presse Med* 2015;44(12 Pt 1):e363-72.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2015.03.028>
60. Stunkard AJ, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J Psychosom Res* 1985;29(1):71-83.
[http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)
61. Frappier I, Jacob R, Panahi S, Larose D, Bryant EJ, Chaput JP, *et al.* Translation and validation of the Child Three-Factor Eating Questionnaire (CTFEQr17) in

- French-speaking Canadian children and adolescents. *Public Health Nutr* 2022;25(3):543-53.
<http://dx.doi.org/10.1017/s136898002100392x>
62. Ziegler O, Filipecki J, Girod I, Guillemin F. Development and validation of a French obesity-specific quality of life questionnaire: Quality of Life, Obesity and Dietetics (QOLOD) rating scale. *Diabetes Metab* 2005;31(3 Pt 1):273-83.
[http://dx.doi.org/10.1016/s1262-3636\(07\)70194-5](http://dx.doi.org/10.1016/s1262-3636(07)70194-5)
63. Therrien F, Marceau P, Turgeon N, Biron S, Richard D, Lacasse Y. The laval questionnaire: a new instrument to measure quality of life in morbid obesity. *Health Qual Life Outcomes* 2011;9:66.
<http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-9-66>
64. Duval K. La qualité de vie dans l'obésité morbide. Questionnaire d'obésité de Laval [Mémoire : maîtrise en kinésiologie]. Laval: Faculté de médecine; 2005.
https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/001/mr01173.pdf?is_thesis=1&oclc_number=63465927
65. Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). *Obes Surg* 1998;8(5):487-99.
<http://dx.doi.org/10.1381/096089298765554043>
66. Moorehead MK, Ardelt-Gattinger E, Lechner H, Oria HE. The validation of the Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire II. *Obes Surg* 2003;13(5):684-92.
<http://dx.doi.org/10.1381/096089203322509237>
67. Nini E, Slim K, Scesa JL, Chipponi J. Evaluation de la chirurgie coelioscopique de l'obésité par le score BAROS. *Ann Chir* 2002;127(2):107-14.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0003-3944\(01\)00688-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0003-3944(01)00688-5)
68. Niero M, Martin M, Finger T, Lucas R, Mear I, Wild D, *et al.* A new approach to multicultural item generation in the development of two obesity-specific measures: the Obesity and Weight Loss Quality of Life (OWLQOL) questionnaire and the Weight-Related Symptom Measure (WRSM). *Clin Ther* 2002;24(4):690-700.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0149-2918\(02\)85144-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0149-2918(02)85144-x)
69. Patrick DL, Bushnell DM, Rothman M. Performance of two self-report measures for evaluating obesity and weight loss. *Obes Res* 2004;12(1):48-57.
<http://dx.doi.org/10.1038/oby.2004.8>
70. Drummond MD, Anthamatten A, Hande K, Choi L. Utilizing patient reported outcomes and quality of life measures in the management of obesity. *J Dr Nurs Pract* 2022;15(1):57-64.
<http://dx.doi.org/10.1891/jdnp-2021-0008>
71. Lillis J, Luoma JB, Levin ME, Hayes SC. Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. *Obesity* 2010;18(5):971-6.
<http://dx.doi.org/10.1038/oby.2009.353>
72. Maïano C, Aimé A, Lepage G, Morin AJ. Psychometric properties of the Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ) among a sample of overweight/obese French-speaking adolescents. *Eat Weight Disord* 2019;24(3):575-83.
<http://dx.doi.org/10.1007/s40519-017-0382-0>
73. Brod M, Hammer M, Kragh N, Lessard S, Bushnell DM. Development and validation of the Treatment Related Impact Measure of Weight (TRIM-Weight). *Health Qual Life Outcomes* 2010;8:19.
<http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-8-19>
74. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. The GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166(10):1092-7.
<http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
75. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16(9):606-13.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
76. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann* 2002;32(9):509-15.
<http://dx.doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
77. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32(4):345-59.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006>
78. Löwe B, Kroenke K, Herzog W, Gräfe K. Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *J Affect Disord* 2004;81(1):61-6.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327\(03\)00198-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327(03)00198-8)
79. Löwe B, Unützer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Med Care* 2004;42(12):1194-201.
<http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200412000-00006>
80. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord* 2009;114(1-3):163-73.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.026>
81. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2. Validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41(11):1284-92.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.Mlr.0000093487.78664.3c>
82. Dadouch R, Hall C, du Mont J, D'Souza R. Obesity in pregnancy: patient-reported outcomes in qualitative research: a systematic review. *J Obstet Gynaecol Can* 2020;42(8):1001-11.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2019.09.011>
83. Srinivasa DR, Clemens MW, Qi J, Hamill JB, Kim HM, Pusic AL, *et al.* Obesity and breast reconstruction: complications and patient-reported outcomes in a multicenter, prospective study. *Plast Reconstr Surg* 2020;145(3):481e-90e.
<http://dx.doi.org/10.1097/prs.0000000000006543>
84. Poghosyan T, Polliand C, Bernard K, Rizk N, Valensi P, Champault G. Qualité de vie des patients obèses relevant d'un traitement chirurgical comparée à celle d'une population témoin. Etude prospective utilisant le questionnaire GIQLI. *J Chir* 2007;144(2):129-33.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0021-7697\(07\)89485-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0021-7697(07)89485-3)

Abréviations et acronymes

BARIAVIE	BARIAVIE
BAROS	Bariatric Analysis and Reporting Outcome System
BES	Binge Eating Scale
BODY Q	BODY Q
DAS	Derriford Appearance Scale
DEBQ	Dutch Eating Behavior Questionnaire
DEBQ-C	Dutch Eating Behavior Questionnaire - child version
EI-TFEQ	Eating Inventory / Three-Factor Eating Questionnaire
EQVOD	Echelle de Qualité de Vie, Obésité et Diététique
GAD	Generalized Anxiety Disorder
HAS	Haute Autorité de santé
HRQoL	Health Related Quality of Life
IWQOL-Lite	Impact of Weight on Quality of Life-Lite
LAVAL	LAVAL
MAQoL	Moorehead-Ardelt Quality of Life Questionnaire
OWLQOL	Obesity and Weight Loss Quality of Life
PHQ	Patient Health Questionnaire
PREMs	Patient Reported Experience Measure(s)
PROMs	Patient Reported Outcome Measure(s)
TRIM-W	Treatment Related Impact Measure - Weight
WHOQOL BREF	World Health Organization Quality of Life assessment instrument
WRSM	Weight Related Symptom Measure
WSSQ	Weight Self - Stigma Questionnaire

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

