

ANNEXE II

A. ÉCHELLE DE QUALITÉ DE VIE

Enquête de santé SF-36 pour l'évaluation de la qualité de vie [**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**].

INSTRUCTIONS : Ce sondage vous demande votre opinion sur votre santé. Cette information vous aidera à savoir comment vous vous sentez et à quel point vous êtes capable de faire vos activités habituelles. Veuillez répondre à chaque question en cochant la réponse comme indiquée. Si vous ne savez pas comment répondre à une question, donnez la meilleure réponse possible.

1. En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Satisfaisante
- Mauvaise

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

- Bien meilleure qu'il y a un an
- Un peu meilleure qu'il y a un an
- A peu près comme il y a un an
- Un peu moins bonne qu'il y a un an
- Pire qu'il y a un an

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

	Oui, très limité	Oui, plutôt limité	Pas limité du tout
a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Activités modérées : déplacer une table, passer le balai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Monter plusieurs étages à la suite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Monter un seul étage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Marcher plus de 500 mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i. Marcher seulement 100 mètres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimée)

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

6. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental a perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

- Pas du tout
- Très peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Enormément

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

- Nulle
- Très faible
- Faible
- Moyenne
- Grande
- Très grande

i. Vous-vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10. Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental (psychologique-émotionnel) a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc. ?

- En permanence
- Une bonne partie du temps
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt faux	Totalement faux
a. Je tombe plus facilement malade que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Je suis en excellente santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.

Merci de votre collaboration.