

## Questionnaire de qualité de vie

### Quality of Life Questionnaire/ French version

#### Qualeffo-41 (le 10 Décembre 1997)

© International Osteoporosis Foundation

Users of this questionnaire (and all authorized translations) must adhere to the user agreement. Please use the related Scoring Algorithm .

#### **A Douleur**

Ces cinq questions concernent la situation au cours de la dernière semaine.

- 1) Combien de fois avez-vous eu mal au dos au cours de la dernière semaine?
  - jamais
  - 1 jour par semaine ou moins
  - 2-3 jours par semaine
  - 4-6 jours par semaine
  - tous les jours
  
- 2) Si vous avez eu mal au dos, quelle a été la durée de votre douleur dans la journée?
  - jamais
  - 1-2 heures
  - 3-5 heures
  - 6-10 heures
  - toute la journée
  
- 3) Lorsqu'il est à son maximum, quelle est l'intensité de votre mal de dos?
  - pas de mal de dos
  - modéré
  - gênant
  - très important
  - insupportable
  
- 4) En dehors de ce maximum, comment était votre mal de dos?
  - pas de mal de dos
  - modéré

- gênant
  - très important
  - insupportable
- 5) Votre sommeil a-t-il été perturbé  moins d'une fois par semaine par votre mal de dos au cours de la dernière semaine?
- 1 fois par semaine
  - 2 fois par semaine
  - 1 nuit sur 2
  - chaque nuit

**Physical fonction:**

**B Activités de la vie quotidienne**

Ces 4 questions suivantes concernent votre situation actuelle.

- 6) Avez-vous des problèmes pour vous habiller?  pas de problème
- de légers problèmes
  - des problèmes moyens
  - peuvent nécessiter un certain degré d'aide
  - impossible sans aide
- 7) Avez-vous des problèmes pour prendre un bain ou une douche?  pas de problème
- de légers problèmes
  - des problèmes moyens
  - peuvent nécessiter un certain degré d'aide
  - impossible sans aide
- 8) Avez-vous des problèmes pour vous rendre ou vous servir d'un W.C.?  pas de problème
- de légers problèmes
  - des problèmes moyens
  - peuvent nécessiter un certain degré d'aide
  - impossible sans aide
- 9) Comment dormez-vous?  sommeil non perturbé
- réveil occasionnel
  - réveils fréquents

- reste régulièrement éveillé durant plusieurs heures
- parfois je passe une nuit sans dormir

**Physical function: C Travaux ménagers**

Les 5 questions suivantes concernent votre situation présente. Si quelqu'un d'autre que vous effectue ces tâches dans la maison, répondez comme si vous deviez les faire vous-même.

- 10) Etes-vous capable de faire le ménage?
- sans difficulté
  - avec peu de difficulté
  - avec une difficulté moyenne
  - avec de grandes difficultés
  - impossible
- 11) Pouvez-vous préparer les repas?  sans difficulté
- avec peu de difficulté
  - avec une difficulté moyenne
  - avec de grandes difficultés
  - impossible
- 12) Etes-vous capable de faire la vaisselle?
- sans difficulté
  - avec peu de difficulté
  - avec une difficulté moyenne
  - avec de grandes difficultés
  - impossible
- 13) Etes-vous capable de faire vos courses quotidiennes?
- sans difficulté
  - avec peu de difficulté
  - avec une difficulté moyenne
  - avec de grandes difficultés
  - impossible

- 14) Etes-vous capable de soulever un objet  sans difficulté  
lourd de 10 kg (ex.: un bac de 6  avec peu de difficulté  
bouteilles d'eau ou un enfant âgé d'un  avec une difficulté moyenne  
an) et de le transporter sur une  avec de grandes difficultés  
distance d'au moins 10 mètres?  impossible

### Physical function:

#### D Déplacement

Les 5 questions suivantes concernent votre situation actuelle.

- 15) Pouvez-vous vous lever d'une  sans difficulté  
chaise?  avec peu de difficulté  
 avec une difficulté moyenne  
 avec de grandes difficultés  
 impossible sans aide
- 16) Pouvez-vous vous pencher en avant?  facilement  
 plus ou moins facilement  
 moyennement  
 très peu  
 impossible
- 17) Pouvez-vous vous mettre à genoux?  facilement  
 plus ou moins facilement  
 moyennement  
 très peu  
 impossible
- 18) Etes-vous capable de monter un  sans difficulté  
étage d'escalier?  avec peu de difficulté  
 avec au moins une pause

- seulement avec aide  
 impossible
- 19) Etes-vous capable de marcher 100 mètres?
- rapidement sans arrêt  
 lentement sans arrêt  
 lentement avec au moins un arrêt  
 seulement avec aide  
 impossible
- 20) Combien de fois êtes-vous sorti de chez vous au cours de la dernière semaine?
- tous les jours  
 5-6 jours par semaine  
 3-4 jours par semaine  
 1-2 jours par semaine  
 moins d'une fois par semaine
- 21) Etes-vous capable d'utiliser un transport en commun?
- sans difficulté  
 avec peu de difficulté  
 avec une difficulté moyenne  
 avec de grandes difficultés  
 impossible sans aide
- 22) Avez-vous été touché par le changement de votre apparence physique à cause de l'ostéoporose (par ex.: perte de taille, élargissement de votre tour de taille, modification de l'aspect de votre dos)?
- pas du tout  
 un peu  
 moyennement  
 assez  
 beaucoup

## E Loisirs, activités sociales

- 23) Pratiquez-vous une activité sportive pour le moment?
- oui
  - oui, avec des limites
  - non, pas du tout
- 24) Etes-vous capable de jardiner?
- oui
  - oui, avec des limites
  - non, pas du tout
  - non approprié
- 25) Pratiquez-vous un hobby pour le moment?
- oui
  - oui, avec des limites
  - non, pas du tout
- 26) Etes-vous capable d=aller au cinéma, au théâtre...
- oui
  - oui, avec des limites
  - non, pas du tout
  - il n'y a pas de théâtre ou de cinéma à une distance raisonnable de mon domicile
- 27) A quelle fréquence avez-vous rendu visite à des amis ou à de la famille durant les 3 derniers mois?
- 1 fois par semaine ou plus
  - 1-2 fois par mois
  - moins d'une fois par mois
  - jamais

28) A quelle fréquence avez-vous participé à des activités mondaines ou sociales (club, réunion mondaine, activité religieuse, bonnes oeuvres) au cours des 3 derniers mois?

1 fois par semaine ou plus  
 1-2 fois par mois  
 moins d'une fois par mois  
 jamais

29) Avez-vous le sentiment que votre mal de dos ou votre handicap vous gêne dans votre intimité (y compris vos activités sexuelles)?

pas du tout  
 un peu  
 moyennement  
 sévèrement  
 non approprié

## F Perception de votre santé en général

- 30) En général et pour votre âge,  
considéreriez-vous votre santé  
comme:
- excellente
  - bonne
  - satisfaisante
  - médiocre
  - mauvaise
- 31) Comment qualifieriez-vous votre  
qualité de vie globale au cours  
de la dernière semaine?
- excellente
  - bonne
  - satisfaisante
  - médiocre
  - mauvaise
- 32) Comment qualifieriez-vous votre  
qualité de vie globale par rapport  
à il y a 10 ans?
- beaucoup mieux maintenant
  - un peu mieux maintenant
  - sans changement
  - légèrement plus mal
  - beaucoup plus mal



## G Humeur / Mental fonction

Les 9 questions suivantes concernent votre situation au cours de la dernière semaine.

- 33) Avez-vous tendance à vous sentir fatigué?
- le matin
  - l'après-midi
  - uniquement le soir
  - après une activité intense
  - presque jamais
- 34) Vous sentez-vous déprimé?
- presque tous les jours
  - 3 à 5 jours par semaine
  - 1 à 2 jours par semaine
  - une fois de temps en temps
  - presque jamais
- 35) Vous sentez-vous isolé?
- presque tous les jours
  - 3 à 5 jours par semaine
  - 1 à 2 jours par semaine
  - une fois de temps en temps
  - presque jamais
- 36) Vous sentez-vous pleine d'énergie?
- presque tous les jours
  - 3 à 5 jours par semaine
  - 1 à 2 jours par semaine
  - une fois de temps en temps
  - presque jamais
- 37) Etes-vous pleine d'espoir dans votre avenir?
- jamais
  - rarement
  - parfois
  - assez souvent

- toujours
- 38) Vous fâchez-vous pour de petits  jamais  
détails?  rarement  
 parfois  
 assez souvent  
 toujours
- 39) Trouvez-vous facile d'avoir des  jamais  
contacts avec les gens?  rarement  
 parfois  
 assez souvent  
 toujours
- 40) Vous sentez-vous dans de bonnes  jamais  
dispositions la plupart de la  rarement  
journée?  parfois  
 assez souvent  
 toujours
- 41) Avez-vous peur de vous retrouver  jamais  
en état de dépendance totale?  rarement  
 parfois  
 assez souvent  
 toujours

