

## Questionnaire : « *Activités, âge, santé et bien-être* »

### Partie 1

**En général**, diriez-vous que votre santé est :

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Satisfaisante
- Mauvaise

Comparativement à il y a un an, diriez-vous que votre santé **d'aujourd'hui** est :

- Bien meilleure
- Meilleure
- Comparable
- Pire
- Bien pire

### Partie 2

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
La plupart des différentes facettes de ma vie sont proches de ma représentation d'une vie idéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes conditions de vie sont excellentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis satisfait(e) de ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jusqu'ici, j'ai obtenu les choses importantes que je souhaitais avoir dans ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je pouvais revivre ma vie, je ne changerais presque rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Partie 3

**En général**, combien d'heures de sommeil avez-vous par nuit ?

\_\_\_\_\_H\_\_\_\_\_Min

### Partie 4

**En général**, combien de médicaments différents (prescrits par un médecin) prenez-vous **chaque jour** ?

- Aucun
- 1
- 2-3

- 4-5
- 6 ou plus

### Partie 5

**En général**, comment qualifieriez-vous la qualité de votre régime alimentaire ?

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Acceptable
- Mauvaise

### Partie 6

A quelle fréquence réalisez-vous les activités suivantes ?

	Non concerné(e)	Jamais /rarement	De temps en temps (<1 fois par semaine)	Souvent (1 à 3 fois par semaine)	Plus de 3 fois par semaine
Regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lire (journaux, livre) sur support papier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation d'Internet/ordinateur/tablette/téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecouter la radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecouter de la musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tricoter, broder, coudre, faire de la poterie etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peindre, jouer de la musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jardiner, bricoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher (au moins ½ heure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jouer à des jeux de société (en groupes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquenter un club, une association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recevoir des amis/de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire des jeux de lettres / chiffres (mots croisés, sudoku, scrabble, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller au cinéma/théâtre/concert, visiter une exposition, voir un événement sportif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garder vos petits enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire une activité sportive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir une pratique spirituelle (religieuse ou autre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir un échange téléphonique, par lettre, courriel, vidéo avec des amis ou de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller chez des amis/la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir une activité civique, politique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire du bénévolat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Partie 7

Pour chacune des situations suivantes, merci de cocher la proposition qui vous correspond le mieux **actuellement** (une seule case par bloc)

### Utiliser le téléphone

- Je n'ai pas de téléphone
- Je me sers du téléphone de ma propre initiative, je cherche et je compose les numéros
- Je compose un petit nombre de numéros bien connus
- Je réponds au téléphone mais je n'appelle pas
- Je ne suis pas capable d'utiliser le téléphone

### Faire les courses

- Je fais toutes mes courses de façon autonome
- Je fais seulement les petits achats tout(e) seul(e)
- J'ai besoin d'être accompagné(e), quelle que soit la course
- Je suis dans l'incapacité de faire les courses
- Je n'ai jamais fait les courses

### Moyens de transport

- Je peux voyager seul(e) en utilisant les transports en commun, le taxi ou bien en conduisant ma propre voiture
- Je peux utiliser les transports en commun à condition d'être accompagné(e)
- Mes déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e)
- Je ne me déplace pas du tout à l'extérieur

### Prendre des médicaments

- Je ne prends jamais de médicaments
- Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaire
- Je peux les prendre par moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance
- Je ne suis pas capable de les prendre par moi-même

### Gérer son budget

- Je suis totalement autonome pour gérer mon budget, faire des chèques, payer des factures, ...
- Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (pour planifier les grosses dépenses)
- Je ne suis pas capable de gérer l'argent au quotidien

### Lessive

- Je n'ai jamais fait ma lessive
- Je fais toute ma lessive personnelle
- Je ne lave que les petites affaires (chaussettes, ...)
- Toute la lessive doit être faite par d'autres

### Préparer des repas

- Je peux à la fois prévoir, préparer et servir des repas de façon autonome
- Je peux préparer des repas appropriés si les ingrédients me sont fournis
- Je peux réchauffer et servir des plats déjà préparés
- J'ai besoin qu'on me prépare et qu'on me serve les repas
- Je n'ai jamais préparé les repas

### Entretien de la maison

- J'entretiens la maison seul(e) ou avec une aide occasionnelle, par exemple pour les gros travaux ménagers

- Je ne fais que les petits travaux d'entretien quotidiens (vaisselle, lit, ...)
- Je fais les petits travaux, mais sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant
- J'ai besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien de la maison, je ne peux participer à aucune tâche ménagère
- Je n'ai jamais fait les tâches ménagères

### Partie 8

Combien d'ami(e)s proches avez-vous ? (c'est-à-dire les personnes avec lesquelles vous vous sentez à l'aise, vous pouvez parler de choses personnelles ou que vous pouvez appeler pour demander de l'aide)

- Aucun
- 1 ou 2
- 3 à 5
- 6 à 9
- 10 ou plus

De combien de membres de votre famille vous sentez-vous proche ?

- Aucun
- 1 ou 2
- 3 à 5
- 6 à 9
- 10 ou plus

Combien de ces proches, amis ou membres de votre famille voyez-vous au moins une fois par mois ?

- Aucun
- 1 ou 2
- 3 à 5
- 6 à 9
- 10 ou plus

Etes-vous satisfait(e) de la qualité de vos relations avec les personnes de votre entourage (c'est-à-dire les personnes qui sont importantes pour vous actuellement)?

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Insatisfait(e)

Y'a-t-il quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour discuter de choses personnelles ou pour prendre une décision difficile ?

- Oui
- Non

Dans le passé, auriez-vous eu plus besoin de ce type d'aide que vous n'en avez reçu ?

- Oui, beaucoup plus
- Oui, plus
- Oui, un peu plus
- Non, c'était suffisant

En dehors de votre conjoint (si vous vivez en couple), pouvez-vous compter sur quelqu'un pour vous donner un coup de main pour des tâches quotidiennes, comme le bricolage, la garde d'enfants, ou à qui vous pouvez emprunter de menus objets ?



Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Partie 10

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**. Cochez la case qui correspond à votre choix, une par ligne

	Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever et porter les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter un étage par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher plus d'un kilomètre à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher plusieurs centaines de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher une centaine de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre un bain, une douche ou s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Partie 11

Cochez la case qui correspond à votre choix, une par ligne

Durant la <u>semaine écoulée</u> :	Jamais, très rarement (moins d'un jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)
J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que je NE pouvais PAS sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été confiant(e) en l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je me suis senti(e) craintif(ve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon sommeil n'a PAS été bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été heureux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Partie 12

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
- Assez fortement
- Enormément

Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des **4 dernières semaines** ?

- Pas du tout
- Très peu
- Assez fortement
- Enormément

Au cours des **4 dernières semaines** la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

- Pas du tout
- Très peu
- Assez fortement
- Enormément

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

- Tout le temps
- Très souvent
- Parfois
- Peu souvent
- Jamais

## Partie 13

**Comparativement à il y a 3 ans**, évaluez votre capacité à réaliser chacune des tâches suivantes :

	Bien meilleure	Meilleure	Identique	Pire	Bien pire
Se souvenir des événements récents, des rendez-vous, ou se rappeler des endroits où on avait rangé des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se souvenir des noms et des visages d'ami(e)s et de membres de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maintenir le fil de vos pensées ou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

trouver les bons mots dans une conversation					
Trouver son chemin autour des lieux familiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arriver à se servir des appareils électroniques ou électriques dans la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arriver à tenir des tâches ménagères, des passe-temps, et d'autres intérêts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une manière générale, comment trouvez-vous votre mémoire par rapport à il y a 3 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Partie 14

**Au cours du dernier mois** combien de fois, avez-vous été dérangé (e) par un évènement inattendu ?

Jamais     Presque jamais     Parfois     Assez souvent     Souvent

**Au cours du dernier mois** combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?

Jamais     Presque jamais     Parfois     Assez souvent     Souvent

**Au cours du dernier mois** combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?

Jamais     Presque jamais     Parfois     Assez souvent     Souvent

**Au cours du dernier mois** combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?

Jamais     Presque jamais     Parfois     Assez souvent     Souvent

**Au cours du dernier mois** combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?

Jamais     Presque jamais     Parfois     Assez souvent     Souvent

**Au cours du dernier mois** combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?

Jamais     Presque jamais     Parfois     Assez souvent     Souvent

**Au cours du dernier mois** combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?

Jamais     Presque jamais     Parfois     Assez souvent     Souvent

**Au cours du dernier mois** combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ?

Jamais     Presque jamais     Parfois     Assez souvent     Souvent

**Au cours du dernier mois** combien de fois vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?

Jamais     Presque jamais     Parfois     Assez souvent     Souvent



**Au cours du dernier mois** combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez pas les contrôler ?

Jamais       Presque jamais       Parfois       Assez souvent       Souvent

### Partie 15

Dans quelle mesure chaque phrase proposée correspond vraiment à ce que vous pensez ?  
*Cocher une seule case, c'est-à-dire celle qui correspond le mieux à ce que vous pensez.  
 Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, répondez juste ce que vous pensez vraiment, aussi honnêtement que possible.*

	Cela ne me ressemble pas du tout	Cela me ressemble rarement	Cela me ressemble parfois	Cela me ressemble fréquemment	C'est tout à fait moi
La vie est trop courte pour ne pas en profiter à chaque instant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avant de décider de faire quoi que ce soit, je me pose toujours la question de l'intérêt commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour moi, une bonne vie est une vie de plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis toujours très absorbé(e) par ce que je fais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma vie a un sens sur le long terme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense que j'ai une part de responsabilité pour rendre le monde meilleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me laisse rarement distraire par ce qui se passe autour de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je choisis toujours des activités qui potentiellement vont m'apporter du plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce que je fais compte pour les autres et cela donne du sens à ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis d'accord avec l'affirmation suivante : « la vie est courte, il faut en profiter »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai déjà passé beaucoup de temps à réfléchir sur le sens de la vie et comment je me situe dans la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que ce soit au travail ou lors de mes loisirs, je rentre habituellement dans un état où je m'oublie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Partie 16

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
J'arrive à rebondir assez vite suite à des difficultés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à me sortir des expériences stressantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il ne me faut pas longtemps pour réussir à me remettre d'une expérience stressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du mal à rebondir quand il m'arrive quelque chose de mauvais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une manière générale, je me sorts sans grande difficulté des périodes pénibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'une manière générale, il me faut beaucoup de temps pour surmonter les déboires qui m'arrivent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>