

Vieillessement

Introduction

Ce questionnaire est destiné à évaluer la qualité globale de **votre état de santé**.

Répété au cours du temps, ce questionnaire nous permettra, sur la base de vos déclarations, de suivre l'évolution de votre santé et d'analyser ses relations avec l'alimentation et l'activité physique.

Plusieurs domaines seront ainsi étudiés : maladies, humeur, santé physique, difficultés au quotidien, douleurs, mémoire, etc.

Attention, les questions portent sur des échelles de temps différentes.

Partie 1 - Santé générale

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Médiocre
- Mauvaise

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

- Bien meilleur que l'an dernier
- Plutôt meilleur
- A peu près pareil
- Plutôt moins bon
- Beaucoup moins bon

Partie 2 - Satisfaction dans la vie en général

Pour chacun des énoncés suivants, cochez la case qui correspond le mieux à votre degré d'accord ou de désaccord :

En général, ma vie correspond de près à mes idéaux :

- Fortement en désaccord En désaccord Légèrement en désaccord Ni en désaccord ni en accord Légèrement en accord En accord Fortement en accord

Mes conditions de vie sont excellentes :

- Fortement en désaccord En désaccord Légèrement en désaccord Ni en désaccord ni en accord Légèrement en accord En accord Fortement en accord

Je suis satisfait(e) de ma vie :

- Fortement en désaccord En désaccord Légèrement en désaccord Ni en désaccord ni en accord Légèrement en accord En accord Fortement en accord

Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais dans la vie :

- Fortement en désaccord En désaccord Légèrement en désaccord Ni en désaccord ni en accord Légèrement en accord En accord Fortement en accord

Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien :

- Fortement en désaccord En désaccord Légèrement en désaccord Ni en désaccord ni en accord Légèrement en accord En accord Fortement en accord

Partie 3 - Sommeil

En général, combien d'heures dormez-vous par nuit ?

heure(s)

minute(s)

Partie 4 - Médicaments

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 - Alimentation

En général, comment caractérisez-vous la qualité nutritionnelle de votre alimentation ?

Excellente

Très bonne

Bonne

Acceptable

Mauvaise

Partie 6 - Activités de loisirs

A quelle fréquence réalisez-vous les activités suivantes ?

Regarder la télévision :

< 1 fois par semaine 1 à 2 fois par semaine 3 à 5 fois par semaine 6 fois ou plus par semaine

Ecouter la radio :

< 1 fois par semaine 1 à 2 fois par semaine 3 à 5 fois par semaine 6 fois ou plus par semaine

Ecouter de la musique :

< 1 fois par semaine 1 à 2 fois par semaine 3 à 5 fois par semaine 6 fois ou plus par semaine

Utiliser internet/ordinateur/tablette/téléphone :

< 1 fois par semaine 1 à 2 fois par semaine 3 à 5 fois par semaine 6 fois ou plus par semaine

Lire (journaux, livres) sur support papier ou liseuse :

< 1 fois par semaine 1 à 2 fois par semaine 3 à 5 fois par semaine 6 fois ou plus par semaine

Faire des jeux de lettres/chiffres (mots croisés, sudoku, scrabble, etc.) :

< 1 fois par semaine 1 à 2 fois par semaine 3 à 5 fois par semaine 6 fois ou plus par semaine

Avoir un échange téléphonique, par lettre, courriel, vidéo avec des amis ou de la famille :

< 1 fois par semaine 1 à 2 fois par semaine 3 à 5 fois par semaine 6 fois ou plus par semaine

Tricoter, broder, coudre, faire de la poterie :

< 1 fois par semaine 1 à 2 fois par semaine 3 à 5 fois par semaine 6 fois ou plus par semaine

Peindre, jouer de la musique :

< 1 fois par semaine 1 à 2 fois par semaine 3 à 5 fois par semaine 6 fois ou plus par semaine

Jardiner, bricoler :

< 1 fois par semaine 1 à 2 fois par semaine 3 à 5 fois par semaine 6 fois ou plus par semaine

Marcher (au moins une demi-heure) :

< 1 fois par semaine 1 à 2 fois par semaine 3 à 5 fois par semaine 6 fois ou plus par semaine

Faire une activité sportive :

< 1 fois par semaine 1 à 2 fois par semaine 3 à 5 fois par semaine 6 fois ou plus par semaine

Pratiquer/avoir une activité spirituelle (religieuse ou autre) :

< 1 fois par semaine 1 à 2 fois par semaine 3 à 5 fois par semaine 6 fois ou plus par semaine

A quelle fréquence réalisez-vous les activités suivantes ?

Recevoir des amis/de la famille :

Non concerné(e) < 1 fois par an 1 à 6 fois par an 7 à 12 fois par an Plus de 1 fois par mois

Aller chez des amis/la famille :

Non concerné(e) < 1 fois par an 1 à 6 fois par an 7 à 12 fois par an Plus de 1 fois par mois

Garder vos petits enfants :

Non concerné(e) < 1 fois par an 1 à 6 fois par an 7 à 12 fois par an Plus de 1 fois par mois

Aller au cinéma/théâtre/concert, visiter une exposition, voir un événement sportif :

Non concerné(e) < 1 fois par an 1 à 6 fois par an 7 à 12 fois par an Plus de 1 fois par mois

Jouer à des jeux de société (en groupes) :

Non concerné(e) < 1 fois par an 1 à 6 fois par an 7 à 12 fois par an Plus de 1 fois par mois

Fréquenter un club/une association :

Non concerné(e) < 1 fois par an 1 à 6 fois par an 7 à 12 fois par an Plus de 1 fois par mois

Faire du bénévolat :

Non concerné(e) < 1 fois par an 1 à 6 fois par an 7 à 12 fois par an Plus de 1 fois par mois

Avoir une activité civique, politique :

Non concerné(e) < 1 fois par an 1 à 6 fois par an 7 à 12 fois par an Plus de 1 fois par mois

Partie 7 - Activités quotidiennes

Pour chacune des situations suivantes, merci de cocher la proposition qui vous correspond le mieux actuellement.

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 n'ai jamais fait 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

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 pas de médicaments quotidiennement
- 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

Faire la 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 quelqu'un d'autre

Préparer des repas :

- Je n'ai jamais préparé les repas
- Je peux à la fois prévoir, préparer et servir des repas de façon autonome
- Je peux préparer des repas 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

Entretien de la maison :

- Je n'ai jamais fait les tâches ménagères

- 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

Partie 8 - Environnement

Combien d'ami(e)s proches avez-vous ?

- 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 prendre une décision difficile ?

- Oui Non

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

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

En dehors de votre conjoint(e) (si vous vivez en couple), pouvez-vous compter sur quelqu'un pour vous apporter de l'aide pour des tâches quotidiennes, la garde d'enfants, ou à qui vous pouvez emprunter quelque chose ?

- Oui Non

Dans le passé, auriez-vous eu davantage besoin d'aide que vous n'en avez reçu concernant les tâches quotidiennes, la garde d'enfants ou l'emprunt d'objets ?

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

Avez-vous dans votre entourage proche une (ou des) personne(s) âgée(s) de plus de 70 ans à qui vous apportez de l'aide régulièrement pour les activités courantes de la vie quotidienne ?

- Oui Non

Avez-vous dans votre entourage proche une ou des personnes en maison de retraite ou en institution ?

- Oui Non

Apportez-vous régulièrement de l'aide à vos enfants ou petits enfants (garde d'enfants, aide financière, etc.) ?

- Oui
- Non ou exceptionnellement
- Non concerné(e)

Partie 9 - Maladies

Attention : certaines maladies peuvent être déclarées dans plusieurs classes. Merci de ne les indiquer qu'une seule fois dans la classe qui vous paraît la plus adaptée.

Maladie du coeur :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

- Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

- Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

- Oui Non

Accident vasculaire cérébral :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

- Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

- Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

- Oui Non

Artériopathie chronique des membres inférieurs :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui Non

Pression artérielle élevée :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui Non

Maladie pulmonaire :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui Non

Diabète :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui Non

Ulcère ou maladie de l'estomac :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui Non

Maladie rénale :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui Non

Maladie du foie :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui Non

Anémie ou autre maladie du sang :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui Non

Cancer :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui Non

Dépression :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui Non

Troubles de la mémoire :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui Non

Arthrose :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui Non

Mal de dos :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui Non

Arthrite rhumatoïde :

En souffrez-vous actuellement ou en avez-vous souffert ?

Oui Non

Etes-vous actuellement traité(e) pour cette maladie ?

Oui Non

Cette maladie vous limite-t-elle dans votre vie quotidienne ?

Oui Non

Partie 10 - Aptitude physique

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.

Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport :

Oui, très limité(e) Oui, un peu limité(e) Non, pas du tout limité(e)

Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules :

Oui, très limité(e) Oui, un peu limité(e) Non, pas du tout limité(e)

Soulever et porter les courses :

Oui, très limité(e) Oui, un peu limité(e) Non, pas du tout limité(e)

Monter plusieurs étages par l'escalier :

Oui, très limité(e) Oui, un peu limité(e) Non, pas du tout limité(e)

Monter un étage par l'escalier :

Oui, très limité(e) Oui, un peu limité(e) Non, pas du tout limité(e)

Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir :

Oui, très limité(e) Oui, un peu limité(e) Non, pas du tout limité(e)

Marcher plus d'un kilomètre à pied :

Oui, très limité(e) Oui, un peu limité(e) Non, pas du tout limité(e)

Marcher plusieurs centaines de mètres :

Oui, très limité(e) Oui, un peu limité(e) Non, pas du tout limité(e)

Marcher une centaine de mètres :

Oui, très limité(e) Oui, un peu limité(e) Non, pas du tout limité(e)

Prendre un bain, une douche ou s'habiller :

Oui, très limité(e) Oui, un peu limité(e) Non, pas du tout limité(e)

Partie 11 - Humeur

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

Durant la semaine écoulée :

J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas :

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)

Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit :

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 eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis :

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 eu le sentiment d'être aussi bien que les autres :

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 eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais :

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)

Je me suis senti(e) déprimé(e) :

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 eu l'impression que toute action me demandait un effort :

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 confiant(e) en l'avenir :

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 pensé que ma vie était un échec :

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)

Je me suis senti(e) craintif(ve) :

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)

Mon sommeil n'a pas été bon :

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 heureux(se) :

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 parlé moins que d'habitude :

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)

Je me suis senti(e) seul(e) :

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)

Les autres ont été hostiles envers moi :

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 profité de la vie :

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 eu des crises de larmes :

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)

Je me suis senti(e) triste :

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 eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas :

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 manqué d'entrain :

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)

Partie 12 - Relations sociales et douleurs

Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- Pas du tout
- Un petit peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Enormément

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

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

Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- Pas du tout
- Un petit peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Enormément

Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

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

Partie 13 - Mémoire

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

Se souvenir des événements récents, des rendez-vous, ou se rappeler des endroits où on avait rangé des objets :

Bien meilleure Meilleure Identique Moins bonne Beaucoup moins bonne

Se souvenir des noms et des visages d'ami(e)s et de membres de la famille :

Bien meilleure Meilleure Identique Moins bonne Beaucoup moins bonne

Maintenir le fil de vos pensées ou trouver les bons mots dans une conversation :

Bien meilleure Meilleure Identique Moins bonne Beaucoup moins bonne

Réussir à trouver son chemin dans des lieux familiers :

Bien meilleure Meilleure Identique Moins bonne Beaucoup moins bonne

Arriver à se servir des appareils électroniques ou électriques dans la maison :

Bien meilleure Meilleure Identique Moins bonne Beaucoup moins bonne

Arriver à tenir des tâches ménagères, des passe-temps et d'autres intérêts :

Bien meilleure Meilleure Identique Moins bonne Beaucoup moins bonne

D'une manière générale, comment trouvez-vous votre mémoire par rapport à il y a 3 ans ?

Bien meilleure Meilleure Identique Moins bonne Beaucoup moins bonne

Partie 14 - Stress

Au cours du dernier mois :

Avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu ?

Jamais Presque jamais Parfois Assez souvent Souvent

Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?

Jamais Presque jamais Parfois Assez souvent Souvent

Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ?

Jamais Presque jamais Parfois Assez souvent Souvent

Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) dans la prise en main de vos problèmes personnels ?

Jamais Presque jamais Parfois Assez souvent Souvent

Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?

Jamais Presque jamais Parfois Assez souvent Souvent

Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?

Jamais Presque jamais Parfois Assez souvent Souvent

Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?

Jamais Presque jamais Parfois Assez souvent Souvent

Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?

Jamais Presque jamais Parfois Assez souvent Souvent

Vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?

Jamais Presque jamais Parfois Assez souvent Souvent

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 - Optimisme

Dans quelle mesure chaque phrase proposée correspond vraiment à ce que vous pensez ?

Cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous pensez.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, répondez juste ce que vous pensez vraiment, aussi honnêtement que

possible.

La vie est trop courte pour ne pas en profiter à chaque instant :

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

Avant de décider de faire quoi que ce soit, je me pose toujours la question de l'intérêt commun :

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

Pour moi, une bonne vie est une vie de plaisir :

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

Je suis toujours très absorbé(e) par ce que je fais :

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

Ma vie a un sens sur le long terme :

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

Je pense que j'ai une part de responsabilité pour rendre le monde meilleur :

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

Je me laisse rarement distraire par ce qui se passe autour de moi :

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

Je choisis toujours des activités qui potentiellement vont m'apporter du plaisir :

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

Ce que je fais compte pour les autres et cela donne du sens à ma vie :

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

Je suis d'accord avec l'affirmation suivante : "la vie est courte, il faut en profiter" :

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

J'ai déjà passé beaucoup de temps à réfléchir sur le sens de la vie et comment je me situe dans la vie :

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

Que ce soit lorsque je travaille ou lors de mes loisirs, je rentre habituellement dans un état où je suis tellement concentré(e) sur mon activité que je fais abstraction de tout :

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

Partie 16 - Réactivité

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

J'arrive à rebondir assez vite suite à des difficultés :

Fortement en désaccord En désaccord Légèrement en désaccord Ni en désaccord ni en accord Légèrement en accord En accord Fortement en accord

J'ai du mal à me sortir des expériences stressantes :

Fortement en désaccord En désaccord Légèrement en désaccord Ni en désaccord ni en accord Légèrement en accord En accord Fortement en accord

Il ne me faut pas longtemps pour réussir à me remettre d'une expérience stressante :

Fortement en désaccord En désaccord Légèrement en désaccord Ni en désaccord ni en accord Légèrement en accord En accord Fortement en accord

J'ai du mal à rebondir quand il m'arrive quelque chose de mauvais :

Fortement en désaccord En désaccord Légèrement en désaccord Ni en désaccord ni en accord Légèrement en accord En accord Fortement en accord

D'une manière générale, je me sors sans grande difficulté des périodes pénibles :

Fortement en désaccord En désaccord Légèrement en désaccord Ni en désaccord ni en accord Légèrement en accord En accord Fortement en accord

D'une manière générale, il me faut beaucoup de temps pour surmonter les déboires qui m'arrivent :

Fortement en désaccord En désaccord Légèrement en désaccord Ni en désaccord ni en accord Légèrement en accord En accord Fortement en accord

Commentaires

Commentaires (Nombre de caractères restants : 150)