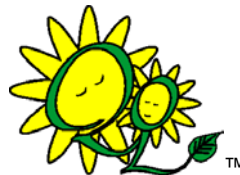

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ASTHMATIQUES - VERSION AVEC ACTIVITÉS STANDARD (AQLQ(S))

QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ (SELF-ADMINISTERED) FRENCH VERSION (≥12 ans)

© 2000
QOL TECHNOLOGIES Ltd



Pour tout renseignement, contacter :

Elizabeth Juniper, MCSP, MSc
Professor
20 Marcuse Fields
Bosham
West Sussex.
PO18 8NA. UK
Telephone: + 44 (0) 1243 572124
Fax: + 44 (0) 1243 573680
E-mail: juniper@qoltech.co.uk
www.qoltech.co.uk

This translation has been made possible through
a grant from ASTRAZENECA R&D Lund
Translated by MAPI RESEARCH INSTITUTE
Senior translator: Isabelle Méar

© Le questionnaire AQLQ(S) est protégé par un droit d'auteur. Il ne peut être modifié, vendu (sous forme imprimée ou électronique), traduit ni adapté sous quelque forme que ce soit sans la permission d'Elizabeth Juniper.

SEPTEMBRE 2000

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE
DES PERSONNES ASTHMATIQUES (S)
(FRENCH VERSION)
QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ

NUMÉRO D'IDENTIFICATION
DU PATIENT : _____

DATE : _____

Page 1/5

Veillez répondre à **toutes** les questions en encerclant le chiffre qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces **2 dernières semaines à cause de votre asthme**.

À QUEL POINT VOUS ÊTES-VOUS SENTI(E) LIMITÉ(E) **PAR VOTRE ASTHME** POUR FAIRE LES ACTIVITÉS SUIVANTES **AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES ?**

| | Complètement limité(e) | Extrêmement limité(e) | Très limité(e) | Moyennement limité(e) | Un peu limité(e) | Très peu limité(e) | Pas limité(e) du tout |
|---|------------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|------------------|--------------------|-----------------------|
| 1. ACTIVITÉS DEMANDANT UN EFFORT PHYSIQUE IMPORTANT (par exemple vous dépêcher, faire de l'exercice, monter un escalier en courant, faire du sport) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. ACTIVITÉS DEMANDANT UN EFFORT PHYSIQUE MODÉRÉ (par exemple faire une marche, faire le ménage, jardiner, faire les courses, monter un escalier) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. ACTIVITÉS AVEC LES AUTRES (par exemple parler, jouer avec des animaux/des enfants, rendre visite à des amis/des parents) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES OU SCOLAIRES (tâches que vous devez faire au travail ou en cours*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

* Si vous n'avez pas d'emploi rémunéré, pensez aux tâches que vous devez faire presque tous les jours.

| | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. DORMIR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE
DES PERSONNES ASTHMATIQUES (S)
(FRENCH VERSION)
QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ

NUMÉRO D'IDENTIFICATION
DU PATIENT : _____

DATE : _____

Page 2/5

À QUEL POINT AVEZ-VOUS ÉTÉ GÊNÉ(E) [PHYSIQUEMENT OU PSYCHOLOGIQUEMENT] AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES ?

| | Extrêmement gêné(e) | Très gêné(e) | Assez gêné(e) | Moyennement gêné(e) | Un peu gêné(e) | Presque pas gêné(e) | Pas gêné(e) |
|---|------------------------|-----------------|------------------|------------------------|-------------------|---------------------------|----------------|
| 6. Au cours de ces 2 dernières semaines, avez-vous été gêné(e) [physiquement ou psychologiquement], par une sensation d'OPPRESSION DANS LA POITRINE ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

EN GÉNÉRAL, AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES :

| | Tout le temps | Presque tout le temps | Assez souvent | Parfois | Rarement | Très rarement/pres- que jamais | Jamais |
|--|------------------|--------------------------|------------------|---------|----------|--------------------------------------|--------|
| 7. avez-vous été INQUIET(ÈTE) PARCE QUE VOUS AVEZ DE L'ASTHME ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. avez-vous été ESSOUFLÉ(E) à cause de votre asthme ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. avez-vous eu des problèmes d'asthme À CAUSE D'UNE EXPOSITION À LA FUMÉE DE CIGARETTES ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. avez-vous noté des SIFFLEMENTS dans votre poitrine quand vous respiriez ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. avez-vous dû ÉVITER UNE SITUATION OU UN LIEU À CAUSE DE LA FUMÉE DE CIGARETTES ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE
DES PERSONNES ASTHMATIQUES (S)
(FRENCH VERSION)
QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ

NUMÉRO D'IDENTIFICATION
DU PATIENT : _____

DATE : _____

Page 3/5

À QUEL POINT AVEZ-VOUS ÉTÉ GÊNÉ(E) [PHYSIQUEMENT OU PSYCHOLOGIQUEMENT] AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES ?

| | Extrêmement gêné(e) | Très gêné(e) | Assez gêné(e) | Moyennement gêné(e) | Un peu gêné(e) | Presque pas gêné(e) | Pas gêné(e) |
|---|---------------------|--------------|---------------|---------------------|----------------|---------------------|-------------|
| 12. Au cours de ces 2 dernières semaines, avez-vous été gêné(e) [physiquement ou psychologiquement] par la TOUX ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

EN GÉNÉRAL, AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES :

| | Tout le temps | Presque tout le temps | Assez souvent | Parfois | Rarement | Très rarement/presque jamais | Jamais |
|--|---------------|-----------------------|---------------|---------|----------|------------------------------|--------|
| 13. avez-vous eu un SENTIMENT DE FRUSTRATION parce que vous ne pouviez pas faire ce que vous vouliez à cause de votre asthme ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. avez-vous ressenti une sensation de PESANTEUR DANS LA POITRINE ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. avez-vous été INQUIET(ÈTE) PARCE QUE VOUS DEVEZ PRENDRE DES MÉDICAMENTS pour l'asthme ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. avez-vous ressenti le besoin de vous RACLER LA GORGE ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. avez-vous eu des problèmes d'asthme À CAUSE D'UNE EXPOSITION À LA POUSSIÈRE ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. avez-vous eu du MAL À EXPIRER OU INSPIRER (SOUFFLER OU PRENDRE L'AIR) à cause de votre asthme ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. avez-vous dû ÉVITER UNE SITUATION OU UN LIEU À CAUSE DE LA POUSSIÈRE ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE
DES PERSONNES ASTHMATIQUES (S)
(FRENCH VERSION)
QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ

NUMÉRO D'IDENTIFICATION
DU PATIENT : _____

DATE : _____

Page 4/5

EN GÉNÉRAL, **AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES :**

| | Tout le temps | Presque tout le temps | Assez souvent | Parfois | Rarement | Très rarement/pres-que jamais | Jamais |
|--|---------------|-----------------------|---------------|---------|----------|-------------------------------|--------|
| 20. vous êtes-vous RÉVEILLÉ(E) LE MATIN AVEC DES PROBLÈMES D'ASTHME ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. avez-vous eu PEUR DE NE PAS AVOIR VOS MÉDICAMENTS POUR L'ASTHME SOUS LA MAIN ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. avez-vous été gêné(e) parce que vous aviez DU MAL À RESPIRER ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. avez-vous eu des problèmes d'asthme à cause du TEMPS OU DE LA POLLUTION ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. vous êtes-vous RÉVEILLÉ(E) LA NUIT À CAUSE DE VOTRE ASTHME ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. AVEZ-VOUS DÛ ÉVITER D'ALLER DEHORS OU LIMITER VOS SORTIES À CAUSE DU TEMPS OU DE LA POLLUTION ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. avez-vous eu des problèmes d'asthme À CAUSE D'UNE EXPOSITION À DES ODEURS OU À DES PARFUMS FORTS ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. avez-vous eu PEUR D'ÊTRE À BOUT DE SOUFFLE ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. avez-vous dû ÉVITER UNE SITUATION OU UN LIEU À CAUSE D'ODEURS OU DE PARFUMS FORTS ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. votre asthme vous a-t-il EMPÊCHÉ(E) DE PASSER UNE BONNE NUIT ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE
DES PERSONNES ASTHMATIQUES (S)
(FRENCH VERSION)
QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ

NUMÉRO D'IDENTIFICATION
DU PATIENT : _____

DATE : _____

EN GÉNÉRAL, AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES :

| | Tout le temps | Presque tout le temps | Assez souvent | Parfois | Rarement | Très rarement/pres-que jamais | Jamais |
|---|---------------|-----------------------|---------------|---------|----------|-------------------------------|--------|
| 30. avez-vous eu l'impression DE DEVOIR FAIRE DE GROS EFFORTS POUR RESPIRER ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

À QUEL POINT VOUS ÊTES-VOUS SENTI(E) LIMITÉ(E) AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES ?

| | Extrêmement limité(e) [j'ai dû renoncer à la plupart de ces activités] | Très limité(e) | Moyennement limité(e) [j'ai dû renoncer à plusieurs de ces activités] | Un peu limité(e) | Très peu limité(e) [j'ai dû renoncer à très peu de ces activités] | Pratique-ment pas limité(e) | Pas limité(e) du tout [J'ai fait toutes les activités que je voulais faire] |
|--|--|----------------|---|------------------|---|-----------------------------|---|
| 31. Pensez à L'ENSEMBLE DES ACTIVITÉS que vous auriez aimé faire au cours de ces 2 dernières semaines. DANS QUELLE MESURE LE NOMBRE DE CES ACTIVITÉS A-T-IL ÉTÉ LIMITÉ à cause de votre asthme ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | Complètement limité(e) | Extrêmement limité(e) | Très limité(e) | Moyenne-ment limité(e) | Un peu limité(e) | Très peu limité(e) | Pas limité(e) du tout |
|---|------------------------|-----------------------|----------------|------------------------|------------------|--------------------|-----------------------|
| 32. De façon générale, en pensant à TOUTES LES ACTIVITÉS que vous avez faites au cours de ces 2 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous senti(e) limité(e) par votre asthme ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

CODE DES DOMAINES :

Symptômes : 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 29, 30
Limitation des activités : 1, 2, 3, 4, 5, 11, 19, 25, 28, 31, 32
Fonction émotionnelle : 7, 13, 15, 21, 27
Stimuli environnementaux : 9, 17, 23, 26