L'étude PERSuaDER

Questionnaire

Numéro d'étude:	__ __ __ - __ __ __
Date:	____ / ____ / _____ *(JJ/MM/AAAA)*

Cher participant,

Vous prenez part à l'étude PERSuaDER. Pour cette étude vous êtes invité(e) à remplir un questionnaire à quatre reprises : avant votre opération, puis à 1, 3 et 6 mois d'après. Nous vous remercions d'avance de bien vouloir compléter ces questionnaires.

L'enquête commencera à la page suivante. Pour le compléter veuillez noter qu'il n'existe pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses. Il est essentiel de répondre le plus sincèrement possible à chaque question. Vos réponses seront toujours traitées de façon anonyme, pour qu'après on ne puisse plus vous associer à vos réponses.
Le temps nécessaire pour compléter ce questionnaire est en moyenne de 15 minutes.

Instructions :

Ce questionnaire contient des instructions relatives aux questions qui suivent, précisant comment y répondre et les périodes concernées. Ces périodes varient tout au long du questionnaire, veuillez donc prêter attention à ces instructions.

Pour répondre, veuillez cochez la case qui correspond le plus à votre situation. En cas de doute, sélectionnez l'option qui se rapproche le plus de votre expérience. En général, vous n'êtes censé cocher qu'une seule case par question. S'il est nécessaire de cocher plusieurs cases, cela sera indiqué dans les instructions accompagnantes.
Si vous souhaitez modifier une réponse déjà fournie, veuillez barrer la réponse initiale ☒ et cocher la case correcte ☒.

Si vous êtes alimenté(e) par sonde, il se peut que certaines questions relatives aux problèmes alimentaires soient difficiles à répondre. Dans ce cas, nous vous invitons à sélectionner l'option qui vous semble la plus appropriée.

Si vous avez des questions concernant ce questionnaire, n'hésitez pas à contacter notre équipe d'étude :

Mail: PERSuaDER@uzleuven.be
Tel. : +32 (0) 16 345857

Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

EQ1 : MOBILITÉ

Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied ❑
J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied ❑
J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied ❑
J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied ❑
Je suis incapable de me déplacer à pied ❑

EQ2 : AUTONOMIE DE LA PERSONNE

Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ❑
J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ❑
J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ❑
J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ❑
Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e) ❑

EQ3 : ACTIVITES COURANTES *(exemples: travail, études, travaux ménagers, activités familiales ou loisirs)*

Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes ❑
J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes ❑
J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes ❑
J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes ❑
Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes ❑

EQ4 : DOULEURS / GÊNE

Je n'ai ni douleur ni gêne ❑
J'ai des douleurs ou une gêne légère(s) ❑
J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s) ❑
J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s) ❑
J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s) ❑

EQ5 : ANXIÉTÉ / DÉPRESSION

Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e) ❑
Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e) ❑
Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e) ❑
Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e) ❑
Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e) ❑

Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI.

Cette échelle est numérotée de 0 à 100.

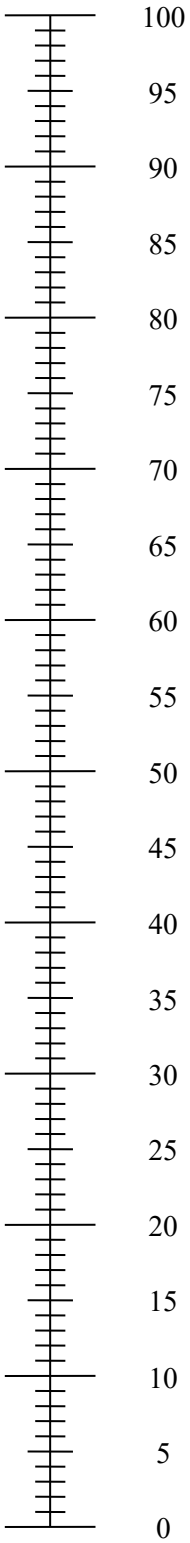
100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer.
0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.

Veuillez faire une croix (X) sur l'échelle afin d'indiquer votre état de santé AUJOURD'HUI.

Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l'échelle.

VOTRE SANTÉ AUJOURD'HUI = ☐

La meilleure santé que vous puissiez imaginer



La pire santé que vous puissiez imaginer

Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation.

		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
C30-1	Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provisions chargé ou une valise ?	❑	❑	❑	❑
C30-2	Avez-vous des difficultés à faire une longue promenade ?	❑	❑	❑	❑
C30-3	Avez-vous des difficultés à faire un petit tour dehors ?	❑	❑	❑	❑
C30-4	Êtes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil pendant la journée ?	❑	❑	❑	❑
C30-5	Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux toilettes ?	❑	❑	❑	❑

	Au cours de la semaine passée :	**Pas du tout**	**Un peu**	**Assez**	**Beaucoup**
C30-6	Avez-vous été gêné(e) pour faire votre travail ou vos activités de tous les jours ?	❑	❑	❑	❑
C30-7	Avez-vous été gêné(e) dans vos activités de loisirs ?	❑	❑	❑	❑
C30-8	Avez-vous eu le souffle court ?	❑	❑	❑	❑
C30-9	Avez-vous ressenti de la douleur ?	❑	❑	❑	❑
C30-10	Avez-vous eu besoin de repos ?	❑	❑	❑	❑
C30-11	Avez-vous eu des difficultés à dormir ?	❑	❑	❑	❑
C30-12	Vous êtes-vous senti(e) faible ?	❑	❑	❑	❑
C30-13	Avez-vous manqué d'appétit ?	❑	❑	❑	❑
C30-14	Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	❑	❑	❑	❑
C30-15	Avez-vous vomi ?	❑	❑	❑	❑
C30-16	Avez-vous été constipé(e) ?	❑	❑	❑	❑

	Au cours de la semaine passée :	**Pas du tout**	**Un peu**	**Assez**	**Beaucoup**
C30-17	Avez-vous eu de la diarrhée ?	❑	❑	❑	❑
C30-18	Avez-vous été fatigué(e) ?	❑	❑	❑	❑
C30-19	Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	❑	❑	❑	❑
C30-20	Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision ?	❑	❑	❑	❑
C30-21	Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ?	❑	❑	❑	❑
C30-22	Vous êtes-vous fait du souci ?	❑	❑	❑	❑
C30-23	Vous êtes-vous senti(e) irritable ?	❑	❑	❑	❑
C30-24	Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?	❑	❑	❑	❑
C30-25	Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir de certaines choses ?	❑	❑	❑	❑

C30-26	Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie familiale ?	❑	❑	❑	❑
C30-27	Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités sociales (par exemple, sortir avec des amis, aller au cinéma...) ?	❑	❑	❑	❑
C30-28	Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?	❑	❑	❑	❑

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation :

C30-29 Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée ?

1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑

Très mauvais Excellent

C30-30 Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ?

1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 ❑ 7 ❑

Très mauvais Excellent

Les patients rapportent parfois les symptômes ou problèmes suivants. Pourriez-vous indiquer, s'il vous plaît, si, durant la semaine passée, vous avez été affecté(e) par l'un de ces symptômes ou problèmes. Cochez, s'il vous plaît, la case qui correspond le mieux à votre situation.

	Au cours de la semaine passée :	**Pas du tout**	**Un peu**	**Assez**	**Beaucoup**
OG-1	Avez-vous éprouvé des difficultés en mangeant des aliments solides ?	❑	❑	❑	❑
OG-2	Avez-vous éprouvé des difficultés en mangeant des aliments mixés ou mous ?	❑	❑	❑	❑
OG-3	Avez-vous éprouvé des difficultés en buvant des liquides ?	❑	❑	❑	❑
OG-4	Avez-vous eu du mal à apprécier vos repas ?	❑	❑	❑	❑
OG-5	Vous êtes-vous senti(e) rassasié(e) trop vite ?	❑	❑	❑	❑
OG-6	Avez-vous mis longtemps à terminer vos repas ?	❑	❑	❑	❑
OG-7	Avez-vous éprouvé des difficultés à manger ?	❑	❑	❑	❑
OG-8	Avez-vous eu des acidités ou des brûlures d'estomac ?	❑	❑	❑	❑
OG-9	Avez-vous été gêné(e) par des renvois d'acide ou de bile dans la bouche ?	❑	❑	❑	❑
OG-10	Avez-vous ressenti une gêne en mangeant ?	❑	❑	❑	❑
OG-11	Avez-vous eu des douleurs en mangeant ?	❑	❑	❑	❑
OG-12	Avez-vous eu des douleurs dans la région de l'estomac ?	❑	❑	❑	❑
OG-13	Avez-vous ressenti une gêne dans la région de l'estomac ?	❑	❑	❑	❑
OG-14	Avez-vous pensé à votre maladie ?	❑	❑	❑	❑
OG-15	Vous êtes-vous fait du souci pour votre santé dans l'avenir ?	❑	❑	❑	❑
OG-16	Avez-vous été gêné(e) de manger devant d'autres personnes ?	❑	❑	❑	❑
OG-17	Avez-vous eu la bouche sèche ?	❑	❑	❑	❑
OG-18	Les aliments ont-ils eu un goût inhabituel ou désagréable ?	❑	❑	❑	❑
OG-19	Vous êtes-vous senti(e) moins attirant(e) du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	❑	❑	❑	❑

	Au cours de la semaine passée :	**Pas du tout**	**Un peu**	**Assez**	**Beaucoup**
OG-20	Avez-vous eu du mal à avaler votre salive ?	❑	❑	❑	❑
OG-21	Avez-vous avalé de travers ?	❑	❑	❑	❑
OG-22	Avez-vous toussé ?	❑	❑	❑	❑
OG-23	Avez-vous éprouvé des difficultés à parler ?	❑	❑	❑	❑
OG-24	Vous êtes-vous fait du souci à cause de votre poids trop faible ?	❑	❑	❑	❑
OG-25	Répondez à cette question uniquement si vous avez perdu des cheveux : La perte de vos cheveux vous a-t-elle affecté(e) ?	❑	❑	❑	❑

Question A1. À quelle date remplissez-vous ce questionnaire ?

jour	mois	année
☐☐	☐☐	☐☐☐☐

Question A2. Quelle est votre date de naissance ?

jour	mois	année
☐☐	☐☐	☐☐☐☐

Question A3. Quel est votre sexe ?

- ☐ Homme
- ☐ Femme

Question A4. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ? Inscrivez une x dans la case correspondant à votre plus haut niveau d'études**.**

- ☐ Je n'ai jamais terminé l'école ou un programme de formation
- ☐ École primaire ou élémentaire
- ☐ Enseignement professionnel élémentaire
- ☐ Enseignement secondaire général inférieur
- ☐ Enseignement professionnel intermédiaire
- ☐ Enseignement secondaire général supérieur
- ☐ Enseignement professionnel supérieur
- ☐ Université
- ☐ J'ai atteint un autre niveau, à savoir ……
  ……

Question A5. Quelle est votre occupation ? Inscrivez une x dans la case correspondant à votre activité habituelle.

- ☐ Je vais à l'école, je suis étudiant(e)
- ☐ Je suis salarié(e)
- ☐ Je suis travailleur/se indépendant(e)
- ☐ Je suis femme/homme au foyer
- ☐ Je suis demandeur/se d'emploi
- ☐ Je suis en incapacité de travail à hauteur de .... %
- ☐ Je suis à la retraite ou bénéficie d'une retraite anticipée
- ☐ J'ai une autre occupation, à savoir ……
  ……

Question A6. Avez-vous un emploi rémunéré ?

- ☐ Non
- ☐ Oui

Les questions suivantes portent sur votre travail. C'est-à-dire, un emploi pour lequel vous êtes rémunéré(e).
Vous n'avez pas d'emploi rémunéré ? Passez à la question 10. *Veuillez d'abord lire l'explication précédant la question*

Question 1. Quel est votre profession ?

.....

Question 2. Combien d'heures par semaine travaillez-vous ? Comptez uniquement les heures rémunérées.

..... heures

Question 3. Combien de jours par semaine travaillez-vous ?

..... Jours

Question 4. Vous êtes-vous absenté(e) de votre travail au cours des 4 dernières semaines pour raison de santé ?

☐ Non
☐ Oui, je me suis absenté(e) ..... jours.
(Comptez uniquement les jours d'arrêt de travail au cours des 4 dernières semaines.)

Vous avez répondu « Oui » ? Passez à la question 5.
Sinon, passez à la question 7.

Question 5. Vous êtes-vous absenté(e) de votre travail avant la période des 4 semaines pour raison de santé ? Cela concerne une période ininterrompue complète d'arrêt de travail due à une maladie.

☐ Non
☐ Oui

Vous avez répondu « Oui » ? Passez à la question 6.
Sinon, passez à la question 7.

Question 6. Quand votre congé maladie a-t-il débuté ?

jour	mois	année
☐☐	☐☐	☐☐☐☐

Passez à la question 10. *Veuillez d'abord lire l'explication précédant la question 10.*

Question 7. Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous avez été gêné(e) au travail par des problèmes physiques ou psychologiques ?

☐ Non
☐ Oui

Vous avez répondu « Oui » ? Passez aux questions 8 et 9. Sinon, passez à la question 10. *Veuillez d'abord lire l'explication précédant la question 10*.

Question 8. Pendant combien de jours avez-vous été gêné(e) par des problèmes physiques ou psychologiques lorsque vous étiez au travail ? (Comptez uniquement les jours où vous avez travaillé au cours des 4 dernières semaines.)

..... jours de travail

Question 9. Les jours où vous avez été gêné(e) par ces problèmes, avez-vous eu des difficultés à accomplir la même charge de travail que d'habitude ? Ces jours-là, quelle charge de travail avez-vous pu réaliser en moyenne ? Observez les chiffres ci-dessous. Un 10 signifie que vous avez été capable d'accomplir la même charge de travail que d'habitude. Un 0 signifie que vous n'avez été capable de réaliser aucune tâche ces jours-là. Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre cas.

Ces jours-là, je n'ai rien pu faire du tout.				J'ai pu accomplir la moitié du travail habituel.						J'ai pu accomplir la même charge de travail que d'habitude.
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Explication
Même dans le cadre d'un travail non rémunéré, vous pouvez souffrir de problèmes physiques ou psychologiques. Parfois, vous pouvez avoir plus de difficultés à effectuer certaines activités quotidiennes. Vous avez par exemple du mal à vous occuper de vos enfants ou à faire du bénévolat. Ou bien vous n'êtes pas capable d'aller faire vos courses ou de jardiner. **Les questions suivantes portent sur cela.**

Question 10. Y a-t-il eu certains jours où vous avez été contraint(e) de réaliser moins de travail non rémunéré à cause de problèmes physiques ou psychologiques ? Cela concerne uniquement les quatre dernières semaines.

☐ Non
☐ Oui

Vous avez répondu « Oui » ? Passez aux questions 11 et 12. Sinon, passez à la fin du questionnaire.

Question 11. Combien de jours cela vous est-il arrivé ? Comptez uniquement les jours inclus dans les 4 dernières semaines.

……. Jours

Question 12. Imaginez que quelqu'un, votre compagne/compagnon, un membre de votre famille ou un ami par exemple, vous ait aidé ces jours-là et qu'il ou elle ait accompli pour vous tout le travail non rémunéré que vous n'avez pas été capable d'effectuer. Combien d'heures en moyenne cette personne a-t-elle passé à réaliser ces tâches ces jours-là ?

…….. heures en moyenne ces jours-là

Voilà la fin du questionnaire. Nous vous remercions de votre engagement. Avez-vous des conseils, des commentaires ou des questions concernant ce questionnaire ou l'étude PERSuaDER ? Veuillez les noter dans le box ci-dessous ou contactez l'équipe PERSuaDER :

Mail: PERSuaDER@uzleuven.be

Tel : +32 (0) 16 345857

Des questions, conseils ou commentaires ? Veuillez noter dans ce box :

Pour ce questionnaire on a utilisé les versions validées en français de : EORTC OG25, QLQC30, EuroQol-5D-5L.