

Nom/Code numérique :  
Date :

Confidentiel

## Questionnaire sur l'évolution des choix de vie (MLCDP)

**Instructions :** Ce questionnaire vise à évaluer dans quelle mesure votre état de santé a influencé vos principaux choix de vie.

Veuillez cocher une case pour chaque affirmation.



### ÉTUDES

*Les affirmations suivantes portent sur la manière dont votre maladie chronique a influencé les décisions que vous avez prises en lien avec vos études.*

Aucune influence  
ou sans objet  
Légère influence  
Influence modérée  
Forte influence  
Très forte influence

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. J'ai décidé d'arrêter les études prématurément | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. J'ai décidé de changer d'orientation           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. J'ai décidé d'étudier près de chez mes parents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



### TRAVAIL / CARRIÈRE

*Les affirmations suivantes portent sur la manière dont votre maladie chronique a influencé les décisions que vous avez prises en lien avec votre travail ou votre carrière.*

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. J'ai décidé de changer de travail ou de carrière   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. J'ai décidé d'abandonner mon travail ou ma carrière après quelques années de vie professionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. J'ai décidé de partir en retraite anticipée  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. J'ai décidé d'adopter des horaires de travail flexibles  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. J'ai décidé d'opter pour un travail ou une carrière adapté(e) à mon état de santé                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. J'ai décidé de refuser toute promotion   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. J'ai décidé de réduire mes heures de travail   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. J'ai décidé de me mettre à mon compte  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. J'ai décidé de rester sans emploi  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Veillez cocher une case pour chaque affirmation.

## C

### SITUATION FAMILIALE

*Les affirmations suivantes portent sur la manière dont votre maladie chronique a influencé les décisions que vous avez prises en lien avec votre situation familiale.*

	Aucune influence ou sans objet	Légère influence	Influence modérée	Forte influence	Très forte influence
1. J'ai décidé de modifier le moment pour avoir des enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai décidé de ne pas avoir d'enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai décidé de ne pas avoir de relations sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai décidé de ne pas me marier ni d'entretenir une relation durable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai décidé de divorcer ou de me séparer de mon/ma partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D

### VIE SOCIALE

*Les affirmations suivantes portent sur la manière dont votre maladie chronique a influencé les décisions que vous avez prises en lien avec votre vie sociale.*

1. J'ai décidé de modifier mes habitudes alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai décidé de modifier ma consommation de tabac et/ou d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai décidé de ne plus voyager ni partir en vacances à l'étranger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai décidé de déménager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai décidé de ne pas déménager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai décidé de ne pas déménager à l'étranger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai décidé de modifier mes habitudes vestimentaires (types/couleurs de vêtements et de chaussures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai décidé de ne pas participer à des activités collectives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai décidé de ne plus voir personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'ai décidé de ne pas prendre soin de moi (maquillage, coiffure, rasage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez cocher une case pour chaque affirmation.



## ACTIVITÉ PHYSIQUE

***Les affirmations suivantes portent sur la manière dont votre maladie chronique a influencé les décisions que vous avez prises en lien avec votre activité physique.***

Aucune influence  
ou sans objet

Légère influence

Influence modérée

Forte influence

Très forte influence

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. J'ai décidé de ne pas pratiquer la natation          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. J'ai décidé de ne pratiquer aucune activité sportive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. J'ai décidé de modifier mes activités sportives      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. J'ai décidé d'être plus actif/active physiquement    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. J'ai décidé d'arrêter de conduire                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Veuillez vérifier que vous avez bien donné une  
réponse pour chaque affirmation.**

***Nous vous remercions de votre participation.***

© Z U Bhatti, M S Salek, A Y Finlay, Avril 2011  
Date : 04.04.2011 Version 2