

Échelle de Qualité de Vie (AQoLS)

Merci de bien vouloir lire les instructions attentivement

Le but de ce questionnaire est d'évaluer l'impact qu'a eu l'alcool sur votre vie **au cours des 4 dernières semaines**. Merci de vous rappeler de ne pas répondre pour une période qui dépasse **les 4 semaines**.

Dans ce questionnaire le mot 'alcool' sera utilisé pour décrire votre relation avec l'alcool dans son ensemble, indépendamment du fait qu'actuellement vous buvez ou non.

Veuillez choisir pour **chaque** affirmation la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

	S'est appliqué à moi au cours des 4 dernières semaines ...			
	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Énormément
1. J'ai eu l'impression de passer à côté d'activités de tous les jours avec ma famille et mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il m'a été difficile d'aller au bout de mes projets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai été limité(e) dans les endroits où je pouvais aller à cause de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. J'ai eu du mal à effectuer des activités physiques à cause de l'alcool (ex : bricolage, marche, vélo)

5. A cause de l'alcool, l'entretien de ma maison m'a demandé trop d'effort (ex : faire la vaisselle, la lessive, faire le ménage, changer une ampoule, le jardinage).

6. L'alcool a nui à ma capacité de travail

Merci de tourner la page

Veillez vous rappeler de répondre **seulement sur les 4 dernières semaines.**

		S'est appliqué à moi au cours des 4 dernières semaines ...			
		Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Énormément
7.	Je me suis isolé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	J'ai négligé les personnes qui me sont proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	L'alcool a gâché ma relation avec mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Je me suis mal comporté(e) à l'égard des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		S'est appliqué à moi au cours des 4 dernières semaines ...			
		Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Énormément
11.	J'ai eu l'impression de passer à côté de ma vie de famille à cause de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	J'ai eu l'impression que les gens n'avaient pas confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	L'alcool a nui à ma vie sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	L'alcool a nui à ma relation avec mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci de tourner la page

Veillez vous rappeler de répondre **seulement sur les 4 dernières semaines.**

S'est appliqué à moi au cours des 4 dernières semaines ...

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Énormément
15. J'ai eu du mal à être à jour dans mes papiers (comme mon courrier, organiser mes rendez-vous)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. L'alcool a nui aux conditions dans lesquels j'ai pu me loger (ex : changement de domicile, personne(s) avec qui je partage mon logement)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tout mon argent est passé dans l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. J'ai eu des difficultés financières dues à l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S'est appliqué à moi au cours des 4 dernières semaines ...

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Énormément
19. J'ai eu honte de moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. J'ai eu l'impression que les gens me méprisaient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. J'ai eu l'impression de gâcher ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Je me suis fait du souci de l'impact
qu'a eu l'alcool sur ma santé

23. Je me suis fait du souci sur les
problèmes que l'alcool a causé dans
ma vie

Merci de tourner la page

Veillez vous rappeler de répondre **seulement sur les 4 dernières semaines.**

S'est appliqué à moi au cours des 4 dernières semaines ...

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Énormément
24. Je n'ai pas eu d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. J'ai négligé mon apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. J'ai négligé ma santé en général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Par ma faute je me suis trouvé(e) dans des situations risquées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S'est appliqué à moi au cours des 4 dernières semaines ...

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Énormément
28. J'ai eu l'impression que rien n'a été plus important que l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. L'alcool m'a contrôlé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ma vie a tourné autour de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. J'ai planifié mes journées autour de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. J'ai eu l'impression de ne pas avoir le contrôle de moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci de tourner la page

Veillez vous rappeler de répondre **seulement sur les 4 dernières semaines.**

S'est appliqué à moi au cours des 4 dernières semaines ...

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Énormément
33. Je n'ai pas eu de bonne nuit de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Je n'ai pas suffisamment dormi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.

Veillez s'il vous plait retourner au début de ce questionnaire et contrôler que vous avez répondu à toutes les questions à chaque page.