



Questionnaire de qualité de vie (*version courte*) :
pour des patients en psychiatrie médico-légale

Version Patient

Numéro du répondant : _____

Date : _____

Lieu : _____

Nom du chercheur : _____

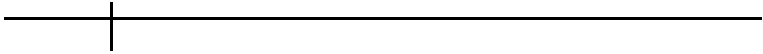


INSTRUCTIONS

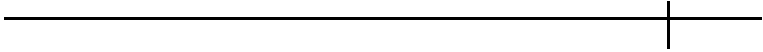
Le questionnaire suivant concerne votre vie quotidienne à ce moment présent, et porte entre autres sur vos occupations journalières, votre santé et les contacts que vous avez avec d'autres personnes. À chaque thème, on vous demandera ce que vous en pensez, si vous êtes satisfait ou pas du tout. Ces réponses concernent VOTRE avis et votre vécu. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Les réponses que vous donnez seront traitées de manière confidentielle.

Pour chaque question, vous devez indiquer si oui ou non la question est d'application pour vous. Faites ceci en inscrivant un trait vertical sur la ligne présente :

Moins une question est d'application pour vous, plus votre trait devra être tiré vers la GAUCHE.

Pas du tout  Absolument

Ou bien, plus votre trait sera tiré vers la DROITE, plus la question est d'application pour vous.

Pas du tout  Absolument

Il est possible que vous trouviez certaines questions plus difficiles que d'autres. Si c'est le cas, n'hésitez pas à le mentionner au chercheur.



Données générales

1.1. Quelle est votre date de naissance ? _____

1.2. Quelle est votre nationalité ? _____

1.2.a. Dans quel pays êtes-vous né ? _____

1.2.b. Depuis combien de temps
habitez-vous en Belgique ? _____

1.3. Depuis combien d'années/de mois
résidez-vous en psychiatrie médico-légale ? _____

1.4. Combien de personnes résident
avec vous dans votre unité ? _____

1.5. Quel niveau d'éducation
le plus élevé avez-vous atteint ? _____

* Barrez ce qui n'est pas d'application.



2. En général, éprouvez-vous du plaisir lors de vos activités quotidiennes ?
Pas du tout _____ Absolument

3.1 Avez-vous des permissions de sorties ? Oui / Non*

3.2 Êtes-vous satisfait de votre régime de sorties actuel ? (Sorties accompagnées ou aucune sortie en dehors de l'hôpital)

Pas du tout _____ Absolument

4. Vous sentez-vous en sécurité dans votre unité ?
Pas du tout _____ Absolument

5. Trouvez-vous l'environnement dans lequel vous vivez agréable?
Pas du tout _____ Absolument

6. Êtes-vous satisfait de la qualité de la nourriture ?
Pas du tout _____ Absolument

7. Êtes-vous satisfait des possibilités que vous avez en ce qui concerne votre hygiène personnelle ?
Pas du tout _____ Absolument

8. Êtes-vous satisfait de la prise en charge de vos problèmes psychiques ?
Pas du tout _____ Absolument

9. Vous sentez-vous en bonne santé ?
Pas du tout _____ Absolument



10. Êtes-vous satisfait des possibilités que vous avez ici concernant votre sexualité ?

Pas du tout _____ Absolument

11. Êtes-vous satisfait de vos relations avec les personnes en dehors de l'hôpital ? (Qualité et nombre de visites et contacts avec votre famille, vos amis, votre partenaire, vos enfants ...)

Pas du tout _____ Absolument

12. Avez-vous des contacts agréables avec les autres résidents ?

Pas du tout _____ Absolument

13. Vous sentez-vous apprécié par l'équipe soignante ?

Pas du tout _____ Absolument

14. Y a-t-il suffisamment de personnes qui peuvent vous aider quand vous vous sentez moins bien ?

Pas du tout _____ Absolument

15. Êtes-vous satisfait de la manière dont vous pouvez vous déplacer dans l'hôpital ? (Par ex; avec ou sans accompagnement)

Pas du tout _____ Absolument

16. Êtes-vous satisfait de la possibilité que vous avez ici de prendre vos propres décisions ?

Pas du tout _____ Absolument

17. Avez-vous le sentiment d'avoir fait tout votre possible ?

Pas du tout _____ Absolument

18. Pouvez-vous aborder des questions comme l'amour, la mort ou la religion avec les soignants ?

Pas du tout _____ Absolument



19. Avez-vous accepté que vous allez vivre dans cette unité pendant un certain temps ?

Pas du tout _____ Absolument

20. Comment évaluez-vous votre vie en général au cours des 3 mois précédents ?

La pire _____ La meilleure
des vies _____ des vies

Un grand merci d'avoir rempli ce questionnaire.

Si vous n'étiez pas en mesure ou si vous ne vouliez pas répondre à certaines questions, vous pouvez en informer le chercheur quand vous lui rendez le questionnaire.

Ci-dessous, il y a de la place si vous voulez rajouter quelque chose ou pour d'éventuels commentaires.
