

Qualité de vie dans la sarcopénie

Ce questionnaire porte sur la **sarcopénie**.

Il s'agit d'une **faiblesse musculaire survenant avec l'âge**, qui peut avoir des répercussions sur votre vie quotidienne. Cette enquête nous permettra de savoir si cet état musculaire **influence votre qualité de vie actuelle**.

Merci de cocher **la réponse la plus appropriée** pour chaque question. Répondre à ce questionnaire ne vous prendra que 10 minutes environ.

1. Ressentez-vous pour le moment une diminution :

	Beaucoup	Moyennement	Peu	Pas du tout
De la force dans les bras ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la force dans les jambes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la masse musculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des capacités physiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la souplesse musculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ressentez-vous des douleurs musculaires ?

Souvent

De temps en temps

Rarement

Jamais

3. Lors de la réalisation d'efforts physiques **faibles** (marcher lentement, repasser le linge, prendre les poussières, laver la vaisselle, faire du bricolage, ramasser les pommes de pins dans le jardin, arroser le jardin, etc.), ressentez-vous :

	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais	Je ne réalise jamais d'efforts physiques de ce type
De la difficulté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la fatigue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Lors de la réalisation d'efforts physiques **modérés** (marcher rapidement, laver les vitres, passer l'aspirateur, laver la voiture, arracher les mauvaises herbes dans le jardin, etc.), ressentez-vous :

	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais	Je ne réalise jamais d'efforts physiques de ce type
De la difficulté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la fatigue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Lors de la réalisation d'efforts physiques **importants** (courir, faire une randonnée, soulever des objets lourds, déménager, bêcher le jardin, etc.), ressentez-vous :

	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais	Je ne réalise jamais d'efforts physiques de ce type
De la difficulté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la fatigue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Actuellement, avez-vous le sentiment d'être « vieux / vieille » ?

- Oui, tout à fait
- Oui, moyennement
- Oui, peu
- Non, pas du tout

7. Si oui, qu'est-ce qui vous donne cette impression ?

(Plusieurs réponses peuvent être cochées)

Je tombe plus facilement malade

Je prends plus de médicaments

Je ressens une faiblesse musculaire

J'ai des problèmes de mémoire

J'ai été confronté(e) au décès de plusieurs personnes proches

J'ai moins d'énergie, je suis plus souvent fatigué(e)

J'ai une moins bonne vue

Autre :

8. Vous sentez-vous physiquement faible ?

Tout à fait

Moyennement

Peu

Pas du tout

9. Ressentez-vous actuellement une limitation de :

	Beaucoup	Moyennement	Peu	Pas du tout
Votre temps de marche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre nombre de sorties à pied ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos distances de marche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre vitesse de marche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La longueur de vos pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Lorsque vous marchez...

	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais	Je ne marche plus
Ressentez-vous une fatigue importante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous besoin de vous asseoir régulièrement pour récupérer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rencontrez-vous des difficultés à traverser une route ou une rue suffisamment vite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rencontrez-vous des difficultés sur un terrain irrégulier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Avez-vous des problèmes d'équilibre ?

Souvent

De temps en temps

Rarement

Jamais

12. Vous arrive-t-il de tomber ?

Souvent

De temps en temps

Rarement

Jamais

13. Pensez-vous que votre aspect physique a changé ?

Oui, tout à fait

Oui, moyennement

Oui, peu

Non, pas du tout

14. Si oui, de quelle(s) manière(s) ? (Plusieurs réponses peuvent être cochées)

Modification du poids (Prise de poids ou perte de poids)

Apparition de rides

Diminution de la taille (hauteur)

Perte de masse musculaire

Perte de cheveux

Apparition de cheveux blancs/gris

Autre :

15. Si oui, êtes-vous perturbé(e) par ce changement ?

Beaucoup

Moyennement

Peu

Pas du tout

16. Avez-vous le sentiment d'être fragile ?

- Tout à fait
- Un peu
- Pas du tout

17. Actuellement, ressentez-vous des difficultés à réaliser ces activités de la vie quotidienne :

	Incapacité totale	Beaucoup de difficultés	Peu de difficultés	Aucune difficulté	Je ne réalise jamais cette activité
Monter un étage d'escalier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter plusieurs étages d'escalier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter une ou plusieurs marche(s) sans rampe de soutien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous accroupir ou vous mettre à genoux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous abaisser ou vous pencher pour ramasser un objet sur le sol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous relever du sol sans appui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous relever d'un fauteuil bas ou d'une chaise sans accoudoir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passer, de manière générale, de la position assise à debout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porter des objets lourds (Gros sac de courses, casserole remplie d'eau, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrir une bouteille ou un bocal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les transports en commun ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter dans une voiture ou en descendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller faire vos courses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaliser les tâches ménagères telles que refaire le lit, passer l'aspirateur, repasser le linge, laver la vaisselle, etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Etant donné votre faiblesse musculaire, limitez-vous vos mouvements ?

Oui, beaucoup

Oui, moyennement

Oui, peu

Non, pas du tout

19. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses peuvent être cochées)

Par peur de vous faire mal

Par peur de ne pas y arriver

Par peur d'être fatigué(e) après ces activités

Par peur de tomber

Autre :

20. Votre faiblesse musculaire vous empêche-t-elle de mener une vie sexuelle qui vous semble satisfaisante ?

Je n'ai pas / plus l'occasion d'avoir une vie sexuelle

Tout à fait

Moyennement

Peu

Pas du tout

21. Votre pratique d'activités physiques ou sportives a-t-elle été modifiée ?

Elle a augmenté

Elle a diminué

Elle n'a pas été modifiée

Je n'ai jamais pratiqué d'activités physiques ou sportives

22. Votre pratique d'activités de loisir (sorties au restaurant, jardinage, bricolage, chasse / pêche, clubs séniors, bridge, promenades, etc.) a-t-elle été modifiée ?

Elle a augmenté

Elle a diminué

Elle n'a pas été modifiée

Je n'ai jamais pratiqué d'activités de loisir
