

Date |_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM et Prénom du patient :

 Centre Hospitalier	<h1><u>SCORE EPICES</u></h1>
---	------------------------------

Ce questionnaire a pour but de nous aider à déterminer votre niveau de précarité éventuel.

N°	Question	Oui	Non
1.	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?		
2.	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?		
3.	Vivez-vous en couple ?		
4.	Etes-vous propriétaire de votre logement ?		
5.	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?		
6.	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?		
7.	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?		
8.	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?		
9.	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?		
10.	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?		
11.	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?		
	Total		



MA MOTIVATION A BOUGER

Cochez 1 (voire 2 affirmations) parmi les 7 proposées, afin d'évaluer votre niveau de motivation à vous engager dans une pratique d'activité physique.

- Je ne pratique pas d'exercice physique¹ ni régulièrement² ni modérément³, et je ne compte pas commencer dans les 6 prochains mois.
- Je ne pratique pas d'exercice physique ni régulièrement ni modérément, mais je compte m'y mettre dans les 6 prochains mois.
- Je ne pratique pas actuellement, mais par le passé, j'ai déjà pratiqué une activité physique régulière, durant plusieurs mois.
Activité(s) pratiquée(s) :
Raison(s) de l'arrêt de la pratique :
.....
- J'essaie de pratiquer une activité physique régulière, mais je n'y arrive pas.
- Je pratique une activité physique modérée, moins de 5 fois/semaine.
- Je pratique une activité physique modérée, plus de 5 fois/semaine.
- J'ai pratiqué une activité physique modérée au moins 5 fois/semaine ces 6 derniers mois.

¹ Ex : marche, gym, natation, jardinage...

² 30 minutes par jour

³ Essoufflement, mais je reste capable de maintenir une conversation à l'effort



ECHELLE DE QUALITE DE VIE

Les propositions qui suivent portent sur les retentissements de votre problème de poids, tels que vous les ressentez. Les informations récoltées nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Pour chacune des affirmations, indiquez votre degré d'accord, en choisissant entre 5 possibilités, en cochant la case qui vous correspond le mieux.

		1	2	3	4	5
		Toujours Enormément	Souvent Beaucoup	Parfois Modérément	Rarement Un peu	Jamais Pas du tout
<u>IMPACT PHYSIQUE</u> <i>A cause de mon poids...</i>						
1.	J'ai du mal à respirer au moindre effort.					
2.	J'ai les chevilles et les jambes gonflées en fin de journée.					
3.	J'ai mal dans la poitrine quand je fais un effort.					
4.	J'ai des problèmes d'articulations raides ou douloureuses.					
5.	J'ai du mal à mener les choses à bien ou à faire face à mes responsabilités.					
6.	Ma forme physique est mauvaise.					
7.	J'ai mal au dos.					
8.	J'ai du mal à m'habiller ou à me déshabiller.					
9.	J'ai du mal à lacer mes chaussures.					
10.	J'ai du mal à prendre les escaliers.					
11.	Je suis moins efficace que je pourrais l'être.					
<u>IMPACT PSYCHO-SOCIAL</u> <i>A cause de mon poids...</i>						
12.	Je m'isole ou me renferme sur soi-même.					
13.	J'ai peur de me présenter à des entretiens pour un emploi.					
14.	Je trouve difficile de m'amuser.					
15.	Je me sens déprimé(e), mon moral n'est pas bon.					
16.	Je manque de volonté.					

		1	2	3	4	5
		Toujours Enormément	Souvent Beaucoup	Parfois Modérément	Rarement Un peu	Jamais Pas du tout
17.	Les gens me considèrent comme quelqu'un de « bien gentil », mais de pas très futé.					
18.	J'ai honte de mon poids.					
19.	Je me sens inférieur(e) aux autres.					
20.	Je me sens coupable lorsque les gens me voient manger.					
21.	Je ne veux pas que l'on me voit nu(e).					
22.	J'ai du mal à trouver des vêtements qui m'aillent.					

IMPACT SUR LA VIE SEXUELLE

A cause de mon poids...

23.	J'éprouve peu ou même aucun désir sexuel.					
24.	J'ai des difficultés physiques dans les rapports sexuels.					
25.	J'évite les relations sexuelles chaque fois que c'est possible.					
26.	Les activités sexuelles ne me procurent aucun plaisir.					

BIEN-ETRE ALIMENTAIRE

27.	J'aime manger.					
28.	Après avoir mangé, j'éprouve un sentiment de satisfaction.					
29.	La nourriture m'apporte bien-être et plaisir.					
30.	Je me réjouis à l'idée de manger.					
31.	J'aime penser à la nourriture.					

VECU DES REGIMES / DIETETIQUE

32.	Régime signifie pour moi privation et frustration.					
33.	Les régimes m'empêchent de manger ce que je veux, lors des repas en famille et/ou avec des amis.					
34.	Les régimes me fatiguent et me donnent mauvaise mine.					
35.	Je me sens coupable chaque fois que je mange des aliments déconseillés.					
36.	Les régimes me rendent agressif(ve).					



MON COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Pour chaque affirmation, cochez la proposition qui vous correspond le mieux

		1	2	3	4
		Complètement faux	Assez faux	Assez vrai	Entièrement vrai
1.	Quand je sens l'odeur d'un aliment que j'aime, je trouve très difficile de me retenir de manger même si je viens de terminer un repas.				
2.	A table, je prends délibérément de petites parts comme moyen de contrôler mon poids.				
3.	Quand je me sens anxieux(se), je me surprends à manger.				
4.	Parfois, lorsque je commence à manger, j'ai l'impression que je ne vais pas pouvoir m'arrêter.				
5.	Quand je me sens tendu(e) ou crispé(e), je ressens souvent le besoin de manger.				
6.	Lorsque je suis avec quelqu'un qui mange, cela me donne souvent assez faim pour manger aussi.				
7.	Quand j'ai le cafard, il m'arrive souvent de manger trop.				
8.	La vue d'un aliment appétissant me donne souvent tellement faim que je suis obligé(e) de manger tout de suite.				
9.	J'ai si faim que j'ai souvent l'impression que mon estomac est un puits sans fond.				
10.	Comme j'ai toujours faim, il m'est difficile d'arrêter de manger avant d'avoir terminé mon assiette.				
11.	Lorsque je me sens seul(e), je me console en mangeant.				
12.	A table, je me retiens volontairement de manger pour ne pas prendre du poids.				
13.	Quand je me sens déprimé(e), je veux manger.				
14.	J'évite de manger certains aliments car ils me font grossir.				
15.	J'ai toujours assez faim pour manger à n'importe quelle heure.				
16.	Si je me sens nerveux(se), j'essaie de me calmer en mangeant.				

17. À quels moments avez-vous une sensation de faim ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Uniquement à l'heure des repas | 1 |
| <input type="checkbox"/> Parfois entre les repas | 2 |
| <input type="checkbox"/> Souvent entre les repas | 3 |
| <input type="checkbox"/> Presque tout le temps | 4 |

18. Vous arrive-t-il d'éviter de « faire des provisions » d'aliments qui vous tentent ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais ou presque | 1 |
| <input type="checkbox"/> Rarement | 2 |
| <input type="checkbox"/> Souvent | 3 |
| <input type="checkbox"/> Presque toujours | 4 |

19. Avez-vous tendance à manger volontairement moins que vous n'en avez envie ?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout | 1 |
| <input type="checkbox"/> Un peu | 2 |
| <input type="checkbox"/> Modérément | 3 |
| <input type="checkbox"/> Fortement | 4 |

20. Vous arrive-t-il de vous « empiffrer » bien que vous n'ayez pas faim ?

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Jamais | 1 |
| <input type="checkbox"/> Rarement | 2 |
| <input type="checkbox"/> Parfois | 3 |
| <input type="checkbox"/> Fortement | 4 |

21. Sur une échelle allant de 1 à 8, où 1 signifie « pas de restriction du tout sur l'alimentation » (c'est-à-dire que vous mangez ce que vous voulez, quand vous voulez) et 8 « une restriction importante » (c'est-à-dire que vous limitez en permanence la prise alimentaire sans jamais craquer), quel chiffre donnez-vous ? Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre cas.

1 2 3 4 5 6 7 8



DETERMINATION DU LIEU DE CONTROLE

Ce questionnaire est destiné à étudier la manière dont les évènements importants de votre vie vous affectent.

Pour chacune des 6 propositions présentées ci-dessous, indiquez votre degré d'accord, en choisissant entre 5 possibilités, en cochant la case qui vous correspond.

	Vous n'êtes pas du tout d'accord	Vous n'êtes pas d'accord	Vous n'êtes ni d'accord, ni en désaccord	Vous êtes d'accord	Vous êtes tout à fait d'accord
1. Quand je fais des projets, je suis presque certain(e) de les mener à bien.					
2. Pour obtenir un bon emploi, il faut surtout être au bon endroit au bon moment.					
3. Ce qui m'arrive dépend de moi-même.					
4. Beaucoup d'événements désagréables, de malheur dans la vie sont dus en partie à la malchance.					
5. Réussir dépend des capacités de chacun et n'a rien à voir avec la chance.					
6. Souvent, je sens que j'ai peu d'influence sur ce qui m'arrive.					



ECHELLE D'ÉVALUATION DU STRESS

Pour chaque question, cochez la réponse qui vous correspond le mieux

Echelle brève d'évaluation du stress Cungi 1997	Non pas du tout	F a i b l e m e n t	U n p e u	A s s e z	B e a u c o u p	E x t r ê m e m e n t
	1	2	3	4	5	6
Faire une croix dans la case vous correspondant						
1 Suis-je émotif, sensible aux remarques, aux critiques d'autrui ?						
2 Suis-je colérique ou rapidement irritable ?						
3 Suis-je perfectionniste, ai-je tendance à ne pas être satisfait de ce que j'ai fait ou de ce que les autres ont fait ?						
4 Ai-je le cœur qui bat vite, de la transpiration, des tremblements, des secousses musculaires, par exemple au niveau du visage, des paupières ?						
5 Est-ce que je me sens tendu au niveau des muscles, ai-je une sensation de crispation au niveau des mâchoires, du visage, du corps en général ?						
6 Ai-je des problèmes de sommeil ?						
7 Suis-je anxieux, est-ce que je me fais souvent du souci ?						
8 Ai-je des manifestations corporelles comme un trouble digestif, des douleurs, des maux de tête, des allergies de l'eczéma ?						
9 Est-ce que je suis fatigué ?						
10 Ai-je des problèmes de santé plus importants comme un ulcère d'estomac, une maladie de peau, un problème de cholestérol, de l'hypertension artérielle, un trouble cardiovasculaire ?						
11 Est-ce que je fume ou bois de l'alcool pour me stimuler ou me calmer ? Est-ce que j'utilise d'autres produits ou des médicaments dans ce but ?						
Total par colonne						
Total général						