

# ST. GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE CANADIAN FRENCH VERSION

## QUESTIONNAIRE SUR LES TROUBLES RESPIRATOIRES – HOPITAL ST GEORGES (SGRQ)

*Ce questionnaire est destiné à nous aider à mieux comprendre dans quelle mesure vos troubles respiratoires vous incommode et affectent votre vie. Nous pourrions ainsi savoir quels aspects de votre maladie vous posent le plus de problèmes, plutôt que de nous fier à l'impression des médecins ou des infirmières.*

*Veuillez lire attentivement les instructions et poser des questions si vous ne comprenez pas quelque chose. Ne perdez pas trop de temps à réfléchir à vos réponses.*

*Veuillez remplir avant de faire le reste du questionnaire :*

*Comment décrivez-vous votre santé à l'heure actuelle :*

Très bonne	Bonne	Passable	Mauvaise	Très mauvaise
<input type="checkbox"/>				

### Copyright reserved

P.W. Jones, PhD FRCP  
Professor of Respiratory Medicine,  
St. George's, University of London,  
Jenner Wing,  
Cranmer Terrace,  
London SW17 ORE, UK.

Tel. +44 (0) 20 8725 5371  
Fax +44 (0) 20 8725 5955

# Questionnaire sur les troubles respiratoires – Hôpital St Georges

## 1re PARTIE

**Les questions qui suivent visent à déterminer la fréquence de vos troubles respiratoires au cours des 4 dernières semaines.**

Pour chaque question, cochez (✓) *une seule case* :

- |    |  | La plupart<br>des jours<br>de la<br>semaine | Plusieurs<br>jours par<br>semaine | Quel-<br>ques<br>jours<br>par mois | Seulement<br>pendant les<br>infections<br>respiratoires | Pas du<br>tout           |
|----|--|---|-----------------------------------|------------------------------------|---|--------------------------|
| 1. | Au cours des 4 dernières semaines, j'ai toussé :   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Au cours des 4 dernières semaines, j'ai craché du mucus :  | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Au cours des 4 dernières semaines, j'ai été essoufflé(e) :   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Au cours des 4 dernières semaines, j'ai eu des crises de respiration sifflante :   | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois vos troubles respiratoires ont-ils provoqué des crises graves ou très désagréables? |   |                                   |                                    |   |                          |

Cochez (✓) *une seule case* :

Plus de 3 fois

3 fois

2 fois

1 fois

Pas une seule fois

6. Au cours des 4 dernières semaines, combien de temps la crise la plus grave a-t-elle duré?  
(Passez à la question 7 si vous n'avez pas eu de crises graves)

Cochez (✓) *une seule case* :

Une semaine ou plus

3 jours ou plus

1 ou 2 jours

Moins d'un jour

7. Au cours des 4 dernières semaines, combien avez-vous eu de bonnes journées (avec peu de troubles respiratoires) dans une semaine ordinaire?

Cochez (✓) *une seule case* :

Aucune bonne journée

1 ou 2 bonnes journées

3 ou 4 bonnes journées

Presque toutes les journées ont été bonnes

Toutes les journées ont été bonnes

8. Si vous avez la respiration sifflante, est-ce pire le matin au réveil?

Cochez (✓) *une seule case* :

Non

Oui

## Questionnaire sur les troubles respiratoires – Hôpital St Georges 2e PARTIE

### Section 1

Comment décrivez-vous vos troubles respiratoires?

Cochez (✓) *une seule case* :

Ils constituent mon problème le plus important

Ils me causent beaucoup de problèmes

Ils me posent quelques problèmes

Ils ne me posent aucun problème

Si vous avez déjà occupé un emploi :

Cochez (✓) *une seule case* :

Mes troubles respiratoires m'ont obligé(e) à arrêter complètement de travailler

Mes troubles respiratoires ont affecté mon travail ou m'ont obligé(e) à changer de travail

Mes troubles respiratoires n'ont pas affecté mon travail

### Section 2

**Les questions suivantes concernent les activités qui vous essoufflent habituellement ces jours-ci.**

Cochez (✓) *chaque case* qui s'applique à vous **ces jours-ci** :

	Vrai	Faux
Être assis(e) ou allongé(e) sans bouger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire sa toilette ou s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer dans la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher à l'extérieur sur un terrain plat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter une côte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire du sport ou des activités de plein air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Questionnaire sur les troubles respiratoires – Hôpital St Georges 2e PARTIE

### Section 3

**Voici quelques questions supplémentaires concernant votre toux et votre essoufflement ces jours-ci.**

Cochez (✓) **chaque case** qui s'applique à vous **ces jours-ci** :

	Vrai	Faux
Ma toux me fait mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma toux me fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis essoufflé(e) quand je parle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis essoufflé(e) quand je me penche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma toux ou ma respiration dérange mon sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'épuise facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Section 4

**Les questions suivantes concernent d'autres effets que vos troubles respiratoires pourraient avoir sur vous ces jours-ci.**

Cochez (✓) **chaque case** qui s'applique à vous **ces jours-ci** :

	Vrai	Faux
Ma toux ou ma respiration me gêne quand je suis avec d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes troubles respiratoires dérangent ma famille, mes amis ou mes voisins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prends peur ou je panique lorsque je ne peux pas reprendre mon souffle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens que je n'ai pas le contrôle sur mes troubles respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne m'attends pas à ce que mon état respiratoire s'améliore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis devenu(e) fragile ou handicapé(e) à cause de mes troubles respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'exercice physique présente des risques pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout semble exiger trop d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Section 5

**Les questions suivantes concernent votre médication. Si vous ne prenez pas de médicaments pour votre état respiratoire, passez directement à la section 6.**

Cochez (✓) **chaque case** qui s'applique à vous **ces jours-ci** :

	Vrai	Faux
Ma médication ne m'aide pas beaucoup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela me gêne de prendre ma médication lorsque je suis avec d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma médication me cause des effets secondaires désagréables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma médication dérange beaucoup ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Questionnaire sur les troubles respiratoires – Hôpital St Georges 2e PARTIE

### Section 6

**Les questions suivantes visent à savoir dans quelle mesure vos activités pourraient être affectées par votre état respiratoire.**

Cochez (✓) **chaque case** selon ce qui s'applique à vous **à cause de votre état respiratoire** :

	Vrai	Faux
J'ai besoin de beaucoup de temps pour faire ma toilette ou pour m'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai besoin de beaucoup de temps pour prendre un bain ou une douche et parfois, je n'arrive pas à le faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je marche plus lentement que les autres ou je m'arrête pour me reposer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des travaux comme le ménage me prennent beaucoup de temps ou je dois m'arrêter pour me reposer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je monte un escalier, je dois aller lentement ou m'arrêter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je me dépêche ou marche rapidement, je dois m'arrêter ou ralentir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À cause de mon état respiratoire, j'ai de la difficulté à monter des côtes, porter des objets à l'étage supérieur, faire des petits travaux de jardinage (p. ex. enlever les mauvaises herbes), danser, jouer aux quilles ou jouer au golf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À cause de mon état respiratoire, j'ai de la difficulté à porter des charges lourdes, bêcher le jardin ou pelleter la neige, faire du jogging ou marcher rapidement (5 milles/8 km à l'heure), jouer au tennis ou nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À cause de mon état respiratoire, j'ai de la difficulté à faire des travaux manuels lourds, courir, faire du vélo, nager rapidement ou pratiquer des sports intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Section 7

**Nous voudrions savoir de quelle manière vos troubles respiratoires affectent habituellement votre vie de tous les jours.**

Cochez (✓) **chaque case** selon ce qui s'applique à vous **à cause de vos troubles respiratoires** :

	Vrai	Faux
Je ne peux pas faire du sport ou des activités de plein air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne peux pas aller au spectacle ou sortir pour mes loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne peux pas sortir de la maison pour faire des courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne peux pas faire le ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne peux pas m'éloigner de mon lit ou de ma chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Questionnaire sur les troubles respiratoires – Hôpital St Georges

***Vous trouverez ci-dessous une liste d'autres activités que vos troubles respiratoires peuvent vous empêcher de faire. (Vous ne devez pas les cocher, elles ne sont là que pour vous rappeler dans quelles situations votre essoufflement peut vous affecter) :***

- Se promener ou promener le chien
- Faire des activités chez soi ou dans le jardin
- Avoir des relations sexuelles
- Aller à l'église ou au spectacle
- Sortir quand il fait mauvais ou aller dans des locaux enfumés
- Rendre visite à la famille ou à des amis ou jouer avec des enfants

Veillez indiquer ci-dessous toute autre activité importante que vos troubles respiratoires peuvent vous empêcher de faire :

.....

.....

.....

.....

Maintenant pourriez-vous cocher la case correspondant à ce qui décrit le mieux selon vous la manière dont vos troubles respiratoires vous affectent (ne cochez qu'une seule case) :

- Mes troubles respiratoires ne m'empêchent pas de faire ce que je veux
- Mes troubles respiratoires m'empêchent de réaliser une ou deux choses que je voudrais faire
- Mes troubles respiratoires m'empêchent de réaliser la plupart des choses que je voudrais faire
- Mes troubles respiratoires m'empêchent de faire tout ce que je voudrais faire

*Merci d'avoir rempli ce questionnaire. Avant de le retourner, veuillez vérifier si vous avez répondu à toutes les questions.*