

# Le questionnaire concernant la qualité de vie des jeunes

Questionnaire pour parents  
Kiddy-KINDL<sup>R</sup>



Chers parents,


Merci d'avoir accepté de remplir ce document pour le bien-être et la qualité de vie liée à la santé de votre enfant. Comme il s'agit de **votre** estimation du bien-être de votre enfant, nous vous prions de remplir vous-même le formulaire conformément aux indications, c'est-à-dire sans interroger l'enfant.

Laissez également l'enfant remplir son questionnaire tout seul.

Toutes les informations sont traitées de manière strictement confidentielle.

Nous vous prions de respecter les instructions ci-dessous pour répondre aux questions suivantes:

- Seul un des parents, la personne de référence principale doit répondre - seule - aux questions,
- Veuillez lire soigneusement chaque question en entier,
- Réfléchissez pour savoir comment votre enfant s'est senti au cours de la semaine dernière ou pendant la période indiquée,
- cochez la case qui correspond le mieux à votre enfant,
- veuillez ne cocher qu'une seule case pour chaque question.

Un exemple: 					
La semaine dernière...	jamais	rarement	parfois	souvent	toujours
.... mon enfant a bien dormi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mon enfant, c'est  une fille  un garçon

Age: \_\_\_\_\_ ans

Qui a rempli ce questionnaire?  Père  Mère  Autre \_\_\_\_\_

Rempli le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (Jour/Mois/Année)

## 1. Bien-être physique

<i>La semaine dernière ...</i>	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant s'est senti malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. .... mon enfant a eu mal à la tête ou mal au ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mon enfant était fatigué et abattu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mon enfant avait beaucoup d'énergie et il avait de la persévérance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Bien-être psychique

<i>La semaine dernière ...</i>	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant a beaucoup ri et s'est bien amusé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mon enfant n'avait envie de rien faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mon enfant s'est senti seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mon enfant était craintif ou ne se sentait pas rassuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Conscience de sa propre valeur

<i>La semaine dernière ...</i>	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant était fier de lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mon enfant se sentait bien dans sa peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mon enfant s'aimait bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mon enfant a eu plein de bonnes idées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. Famille

<i>La semaine dernière ...</i>	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant s'est bien entendu avec nous, les parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mon enfant s'est senti bien à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. .... on s'est disputé fort à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mon enfant s'est senti dirigé par moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. Contacts/Amis

<i>La semaine dernière ...</i>	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant a passé du temps avec des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mon enfant a été bien accepté par les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mon enfant s'est bien entendu avec ses amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mon enfant a eu le sentiment d'être différent des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. École

<i>La semaine dernière ...</i>	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant a réussi à effectuer ses tâches scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... l'école a plu à mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mon enfant était content d'aller à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mon enfant a fait beaucoup de petites fautes en effectuant ses tâches scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. d'autres questions d'intérêt

<i>La semaine dernière...</i>	jamais	rare-ment	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant était de mauvaise humeur et grognon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mon enfant a mangé avec appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... j'ai pu traiter mon enfant avec patience et compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mon enfant était tendu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... mon enfant a réussi à bien dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... mon enfant a bien fait le fou et a bien bougé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... mon enfant a facilement pleuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... mon enfant était gai et de bonne humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... mon enfant a réussi à bien se concentrer et a été attentif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... mon enfant s'est laissé facilement divertir et avait la tête en l'air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**suite**

11. ... mon enfant a bien aimé être avec d'autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... j'ai grondé mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ... j'ai complimenté mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ... mon enfant a eu des difficultés avec les professeurs/les maîtresses ou les autres personnes chargées de l'encadrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ... mon enfant était nerveux et excité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ... mon enfant était reposé et plein d'entrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ... mon enfant s'est plaint de douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ... mon enfant avait le contact facile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ... mon enfant réussissait tout ce qu'il entreprenait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ... mon enfant était rapidement mécontent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ... mon enfant a pleuré à chaudes larmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ... mon enfant se mettait facilement en colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Actuellement, votre enfant est-il hospitalisé ou souffre-t-il d'une maladie plus longue ?**

**Si oui**

répondez aux questions suivantes s'il vous plaît

**Si non**

le questionnaire est terminé

<i>La semaine dernière ...</i>	jamais	rarement	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant a eu peur que la maladie puisse s'aggraver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mon enfant était triste à cause de sa maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mon enfant s'en est bien sorti avec sa maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... j'ai traité mon enfant comme un bébé à cause de sa maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... mon enfant voulait que personne ne se rende compte de sa maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... mon enfant a manqué des cours/du temps à l'école/la garderie à cause de la maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Merci pour votre coopération !**