**Questionnaire patient**



**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse postale :**

**Adresse Mail :**

**Numéro de téléphone :**

*Ce questionnaire a pour objectifs de nous aider à mieux vous connaître et à mieux comprendre vos attentes envers le groupe d’art du collage afin de répondre au mieux à votre demande. Il n’y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses.*

1. **Que faîtes-vous régulièrement pour passer un moment agréable, pour votre bien-être physique et/ou psychologique ? *(loisirs, soins du corps, sports, partager un moment avec des ami(e)s/de la famille, faire des projets professionnels/personnels, s’inscrire à une activité, se remémorer des souvenirs agréables, acheter quelque chose qui vous fait plaisir, faire un bon repas…etc.)***

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Si vous n’avez pas d’activité « plaisir », pouvez-vous dire pourquoi ?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....................................................................................................................................................................**

1. **Parlez-vous facilement de votre maladie ?**

Oui Non Ne sais pas

**Lorsque vous le faites, qu’avez-vous besoin d’exprimer *(votre stress, vos symptômes, les efforts au quotidien que cela vous demande…etc.)*?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Si vous n’avez pas l’habitude de parler de votre maladie, pouvez-vous dire pourquoi ? *(« je n’en ressens pas le besoin », « on m’a appris à garder les choses pour moi », « j’ai des difficultés à m’exprimer à ce sujet même si j’aimerais parfois le faire », « j’ai peur d’embêter les autres », « il n’y a rien à en dire », « je ne sais pas à qui en parler », « on ne me comprendrait pas »…etc.)***

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Comment pourriez-vous définir votre rapport à la maladie (plusieurs réponses possibles) ?**

Je lutte contre elle

Je fais comme si la maladie n’est pas là plupart du temps

Je cherche à trouver ce qu’elle peut amener de positif dans ma vie

Je suis en colère contre ce qui m’arrive

Je participe activement à mes soins, au réaménagement de mon quotidien, je fais des projets

Je me dis que mes symptômes ne sont pas si graves, que ça ira mieux

Je pense que ma maladie m’empêche d’être autonome physiquement (logement, déplacement dans les rendez-vous…)

Je pense avoir plus besoin de soutien moral pour réussir les choses, prendre des décisions qu’auparavant

Je pense que je ne peux rien faire pour l’empêcher d’évoluer

Je recherche toutes choses qui peuvent m’aider à me sentir mieux

Tout tourne autour de ma maladie

Je m’investis dans des associations de patients atteints de sclérose en plaques

Autre (précisez) : ………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Parlez-vous souvent de ce que vous ressentez, de vos émotions, de ce qui est important pour vous ?**

Jamais Rarement Quelquefois Souvent

Très souvent

**Si vous n’avez pas l’habitude d’exprimer vos émotions ou de parler de vous, pouvez-vous dire pourquoi ? *(« je n’en ressens pas le besoin », « on m’a appris à garder les émotions pour moi », « j’ai des difficultés à les exprimer devant quelqu’un même si j’aimerais parfois le faire », « j’ai peur d’embêter les autres », « je préfère avoir des émotions quand je suis seul(e) et que personne ne me regarde », « je ne sais pas à qui les exprimer », « je pourrais paraitre faible »…etc.)***

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Diriez-vous que vous êtes quelqu’un qui sait prendre du temps pour soi ?**

Oui Non Ne sais pas

**Pourquoi ?**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Avez-vous déjà pratiqué des activités artistiques ou de loisirs créatifs ?**

Oui Non

**Si non, pouvez-vous dire pourquoi ?**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Si oui, la(les)quel(le)s :**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Si oui, quel(s) bénéfices(s) cela vous avez-t-il apporté?**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Pratiquez-vous des activités artistiques ou de loisirs créatifs aujourd’hui ?**

Oui Non

**Si oui, la(les)quel(le)s :**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **Vous est-il difficile de réaliser certains gestes avec vos mains ? vos bras ?**

Il m’est difficile de lever les bras au-dessus d’une certaine hauteur

Il m’est difficile de réaliser des gestes fins avec mes doigts et mes mains (ex : découpage) ?

Il m’est difficile de manipuler de petits objets

Autres : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Vous est-il difficile de garder plusieurs minutes certaines positions (plusieurs réponses possibles) ?**

Il m’est difficile de rester debout plus de quelques minutes

Il m’est difficile de rester assis sur une chaise de manière prolongée

Il m’est difficile de changer de position seul(e)

1. **Utilisez-vous dans votre quotidien une aide pour vous déplacer ?**

Non Canne, béquille(s), bâtons de marche Déambulateur

Fauteuil manuel Fauteuil à assistance électrique Fauteuil électrique

Autres (précisez) :……………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Si vous étiez pris dans le parcours de 6 séances proposé par le Réseau Rhône-Alpes SEP, vous sentez vous capable de vous rendre disponible pour cette activité malgré les contraintes horaires et de fréquence ?**

Oui Non

**Merci de votre participation**