**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) ?**

[x] 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**