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 ?

……
……

2. **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.)***

……
……
……

3. **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) : ……

4. **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.)***

……
……
……

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

☐Oui ☐Non ☐Ne sais pas

Pourquoi ?

……
……

6. **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?

……
……

7. **Pratiquez-vous des activités artistiques ou de loisirs créatifs <u>aujourd'hui</u> ?**

☐Oui ☐Non

Si oui, la(les)quel(le)s ?:

……

8. **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 : ……..

9. **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)

10. **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) :……..

11. **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