

## Questionnaire Proche



**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Adresse postale :**

**Adresse Mail :**

**Numéro de téléphone :**

*Ce questionnaire a pour objectifs de nous aider à mieux vous connaître, à mieux comprendre vos attentes envers la sophrologie afin de répondre au mieux à votre demande. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses.*

**1. Que faites-vous régulièrement pour passer un moment agréable, pour votre bien-être physique et/ou psychologique ? (loisirs, soin 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.)**

**2. Avez-vous l'habitude de prendre du temps pour prendre soin de votre corps ?**

Oui       Non

**Si oui, que faites-vous pour cela ?**

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

**3. Parlez-vous facilement de la maladie de votre proche ?**

Oui       Non       Ne sais pas

Lorsque vous le faites, qu'avez-vous besoin d'exprimer (*votre stress, vos inquiétudes, la prise en charge médicale et paramédicale, les efforts quotidiens que cela vous demande...etc.*) ?

Si vous n'avez pas l'habitude de parler de la 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 », « je ne veux pas en parler avec mon proche malade pour ne pas lui rajouter du souci », « il n'y a rien à en dire », « je ne sais pas à qui en parler », « on ne me comprendrait pas », « ça n'est pas moi qui suis malade »...etc.*)

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

- J'apporte autant de soutien que possible à mon proche
- Je ne parle jamais de la maladie avec mon proche
- Je participe aux rendez-vous médicaux et suis présent(e) à l'hôpital
- J'ai souvent du mal à comprendre les symptômes de la maladie de mon proche
- Je suis toujours fatigué(e) et/ou stressé(e) depuis que cette maladie est là
- Je participe aux journées d'informations sur la maladie
- J'ai réorganisé mon quotidien pour être plus présent et assurer les tâches que mon proche ne peut plus faire
- J'essai(e) de me renseigner sur les nouveaux traitements, les choses que mon proche peut faire pour améliorer sa maladie
- Je n'ai rien changé dans mon comportement et mes attitudes vis-à-vis de mon proche
- Je culpabilise de prendre du temps pour moi surtout si c'est pour faire quelque chose que mon proche ne peut plus faire
- Je suis inquiet(e) au sujet de l'avenir
- J'ai parfois l'impression que mon proche n'est plus vraiment la personne que j'ai connu
- J'incite mon proche à faire des projets, à aller de l'avant
- Je m'investis dans des associations de patients atteints de sclérose en plaques
- Autre (précisez) :

5. Parlez-vous souvent de ce que vous ressentez, de vos émotions ?

- Jamais       Rarement       Quelquefois       Souvent  
 Très souvent

Si vous n'avez pas l'habitude d'exprimer vos émotions, 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 paraître faible »...etc.)

6. Vous sentez-vous perturbé dans votre sommeil ?

- Jamais       Rarement       Quelquefois       Souvent  
 Très souvent       En permanence

7. Diriez-vous que vous êtes quelqu'un qui sait se reposer ?

- Oui       Non       Ne sais pas

Pourquoi ?

8. Ressentez-vous des symptômes liés au stress ?

- Oui       Non

Si oui, lesquels (plusieurs réponses possibles) ?

- Contractions musculaires       Douleurs dans la poitrine       Troubles du sommeil  
 Diarrhée       Envies d'uriner très fréquentes       Démangeaisons  
 Trouble de la concentration       Mal de tête       Mal de ventre  
 Autres (précisez) :

**9. Avez-vous déjà pratiqué la sophrologie ou des disciplines apparentées (yoga, qi gong, tai chi chuan, mindfulness...etc.)**

Oui

Non

**Si oui, quel(s) effet(s) aviez-vous ressenti ?**

**10. Pratiquez-vous la sophrologie aujourd'hui ?**

Oui

Non

**11. Si vous étiez pris dans le parcours de 12 séances proposés par le Réseau SEP, vous sentez vous capable de vous rendre disponible pour cette activité malgré les contraintes des horaires et de fréquence ?**

Oui

Non

**12. Quels sont les horaires et journées (en semaine et les week-ends) où vous êtes retenus par des obligations (travail, loisirs ou personnelles) ?**

**Merci de votre participation**