

**Questionnaire sur les symptômes de la SP et leurs répercussions sur les capacités fonctionnelles**

Le présent questionnaire a pour but de vous aider à définir, à clarifier et à décrire vos propres expériences avec la SP au quotidien.

Pour présenter des demandes de prestations (dans le cadre du Programme de prestations d’invalidité du Régime de pensions du Canada, par exemple), vous devrez fournir des explications détaillées sur vos symptômes et sur leurs répercussions sur vos capacités fonctionnelles et votre vie quotidienne. La Société canadienne de la SP vous recommande de répondre au présent questionnaire avant de remplir toute demande de prestations. Ainsi, vous connaîtrez parfaitement tous vos symptômes, ce qui accroîtra considérablement les chances d’obtenir une réponse favorable à vos demandes.

Vous pouvez utiliser le présent questionnaire pour :

* préparer une demande de prestations d’invalidité du Régime de pensions du Canada;
* préparer une demande de prestations pour invalidité du Régime de rentes du Québec;
* préparer une demande de prestations pour invalidité de longue durée;
* préparer une demande de prestations provinciales;
* préparer une demande de crédit d’impôt pour personnes handicapées;
* décrire clairement vos symptômes aux médecins et autres spécialistes et vous exprimer de manière concise durant les consultations de courte durée;
* faire un suivi personnel de vos symptômes.

Nous vous recommandons de demander à l’un de vos proches ou de vos amis en qui vous avez confiance de vous aider à répondre au questionnaire ou de le relire une fois que vous l’aurez rempli. Évitez le plus possible de minimiser vos symptômes : il est essentiel que vous remplissiez les demandes de prestations en toute honnêteté et en décrivant fidèlement la réalité.

Il faut compter de 25 à 40 minutes environ pour répondre au questionnaire.

Si vous avez des questions ou des préoccupations ou que vous avez besoin d’aide, n’hésitez pas à communiquer avec nos agents info-SP. Vous pouvez les joindre par téléphone, au 1 844 859‑6789, de 9 h à 17 h, ou par courriel, à l’adresse agentinfosp@scleroseenplaques.ca.

**Ce questionnaire comprend deux parties :**

**Partie 1 – Symptômes Partie 2 – Capacités fonctionnelles**

Le terme « symptômes » désigne toutes les difficultés que vous éprouvez et qui sont directement attribuables à la SP (perte d’équilibre, incoordination, perte de sensibilité, etc.).

Les capacités fonctionnelles sont les capacités ou les fonctions sur lesquelles vos symptômes ont un impact.

Par exemple, la perte d’équilibre (symptôme) *entraîne* des difficultés à marcher (la marche est une capacité fonctionnelle).

Les deux parties du questionnaire (*Partie 1 – Symptômes* et *Partie 2 – Capacités fonctionnelles*) comprennent plusieurs questions qui ont des structures similaires. Vous aurez peut-être l’impression que ces questions sont redondantes, mais il est essentiel de remplir chaque partie du questionnaire du mieux que vous pouvez afin de ne négliger aucun détail important, car tous les éléments sont essentiels lorsqu’on cherche à obtenir des réponses favorables aux demandes de prestations.

**Partie 1 – Symptômes**

**1. Veuillez cocher tous les symptômes de SP que vous éprouvez.**

Il est à noter que la liste de symptômes ci-dessous est exhaustive et que la plupart des gens ne présentent que quelques-uns de ces symptômes. Pour obtenir une description de chacun des symptômes énumérés ci-dessous, veuillez visiter la page [Symptômes](https://scleroseenplaques.ca/a-propos-de-la-sp/symptomes?_ga=2.134939000.806323560.1498599058-85426887.1493385820) du site de la Société de la SP.

 [ ] Troubles de l’équilibre / étourdissements

[ ] Troubles vésicaux

[ ] Troubles intestinaux

[ ] Confusion ou troubles de la mémoire

[ ] Dépression

[ ] Sécheresse de la bouche

[ ] Expression d’émotions qui semblent inappropriées

[ ] Sensation de décharge électrique

[ ] Inflammation oculaire ou névrite optique

[ ] Fatigue et fatigabilité

[ ] Intolérance à la chaleur

[ ] Influences hormonales

[ ] Sautes d’humeur

[ ] Engourdissements ou picotements

[ ] Douleur

[ ] Troubles de la coordination

[ ] Perturbations du sommeil

[ ] Spasmes

[ ] Spasticité

[ ] Difficultés d’élocution

[ ] Symptômes neurologiques d’apparition soudaine

[ ] Difficultés de déglutition

[ ] Tremblements

[ ] Syndrome de la « main inutile » (syndrome d’Oppenheimer)

[ ] Faiblesse

**2. Quand vous y pensez, parmi les symptômes ci-dessous, quels sont ceux qui vous incommodent le PLUS ou qui perturbent le plus votre quotidien?**

[ ] Troubles de l’équilibre / étourdissements

[ ] Troubles vésicaux

[ ] Troubles intestinaux

[ ] Confusion ou troubles de la mémoire

[ ] Dépression

[ ] Sécheresse de la bouche

[ ] Expression d’émotions qui semblent inappropriées

[ ] Sensation de décharge électrique

[ ] Inflammation oculaire ou névrite optique

[ ] Fatigue et fatigabilité

[ ] Intolérance à la chaleur

[ ] Influences hormonales

[ ] Sautes d’humeur

[ ] Engourdissements ou picotements

[ ] Douleur

[ ] Troubles de la coordination

[ ] Perturbations du sommeil

[ ] Spasmes

[ ] Spasticité

[ ] Difficultés d’élocution

[ ] Symptômes neurologiques d’apparition soudaine

[ ] Difficultés de déglutition

[ ] Tremblements

[ ] Syndrome de la « main inutile » (syndrome d’Oppenheimer)

[ ] Faiblesse

[ ] Autre (veuillez préciser)

|  |
| --- |
|  |

**3. Vos symptômes se sont-ils aggravés au fil du temps ou sont-ils demeurés stables?**

[ ] Ils sont demeurés stables

[ ] Ils se sont aggravés

[ ] Je ne sais pas vraiment

**4. Les symptômes que vous éprouvez varient-ils au cours de la journée?**

[ ] Oui

[ ] Non

[ ] Je ne sais pas vraiment

**5. À quels moments vos symptômes sont-ils à leur plus haut degré d’intensité?**

[ ] Le matin

[ ] L’après-midi

[ ] En soirée

[ ] Avant les moments de repos

[ ] Après les moments de repos

[ ] Mes symptômes évoluent de manière imprévisible / il ne me semble pas qu’ils se manifestent à des moments bien précis

[ ] Autre (veuillez préciser)

|  |
| --- |
|  |

**6. À quelle fréquence ressentez-vous des symptômes de la SP?**

[ ] Tous les jours

[ ] Plusieurs fois par semaine

[ ] Une ou deux fois par semaine

[ ] Quelques fois par mois

[ ] Quelques fois par année

[ ] Rarement

[ ] Autre (veuillez préciser)

|  |
| --- |
|  |

**7. À quelle fréquence passez-vous de mauvaises journées en proie à vos pires symptômes?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Symptôme | Tous les jours | Plusieurs fois par semaine | Une ou deux fois par semaine | Quelques fois par mois | Quelques fois par an | Rare-ment |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**8. Compte tenu de votre expérience avec la SP, quelle a été l’intensité de chacun des symptômes que vous avez ressentis lors de votre pire journée?**

Veuillez évaluer l’intensité de vos symptômes lors de votre pire journée sur une échelle de 1 à 10, **10 étant le pire que vous puissiez imaginer**.

(Ne remplissez pas les cases des symptômes que vous n’avez pas ressentis.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Symptôme** | **Intensité sur une échelle de 1 à 10 (10 étant le pire)** |
| Troubles de l’équilibre / étourdissements |  |
| Troubles vésicaux |  |
| Troubles intestinaux |  |
| Confusion ou troubles de la mémoire |  |
| Dépression |  |
| Sécheresse de la bouche |  |
| Expression d’émotions qui semblent inappropriées |  |
| Sensation de décharge électrique |  |
| Inflammation oculaire ou névrite optique |  |
| Fatigue et fatigabilité |  |
| Intolérance à la chaleur |  |
| Sautes d’humeur |  |
| Engourdissements ou picotements |  |
| Influences hormonales |  |
| Douleur |  |
| Troubles de la coordination |  |
| Perturbations du sommeil |  |
| Spasmes |  |
| Spasticité |  |
| Difficultés d’élocution |  |
| Symptômes neurologiques d’apparition soudaine |  |
| Difficultés de déglutition |  |
| Tremblements |  |
| Syndrome de la « main inutile » (syndrome d’Oppenheimer ») |  |
| Faiblesse |  |

**Partie 2 – Capacités fonctionnelles**

**9. Veuillez cocher toutes les activités que vous avez dû abandonner ou adapter à cause de la SP.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Capacité fonctionnelle** | **Abandon/adaptation (précisez le type d’adaptation si possible)** |
| [ ] Lire |  |
| [ ] Socialiser |  |
| [ ] Conduire |  |
| [ ] Regarder la télévision  |  |
| [ ] Marcher |  |
| [ ] Faire du sport |  |
| [ ] S’acquitter des tâches ménagères |  |
| [ ] Autre (veuillez préciser) |  |

**Remarque : À partir de la question suivante, par « capacités fonctionnelles », on entend la capacité à exécuter les activités ou les fonctions ci-dessous.**

**10. Veuillez cocher toutes les capacités fonctionnelles qui sont limitées à cause de la SP :**

[ ] Capacité à s’asseoir ou à se lever ou les deux

[ ] Marche

[ ] Capacité à soulever ou à porter des objets ou les deux

[ ] Capacité à atteindre des objets

[ ] Capacité à se pencher

[ ] Capacité à satisfaire ses besoins personnels (manger, se laver, s’habiller, etc.)

[ ] Fonctions intestinale et vésicale

[ ] Entretien de la maison (cuisine, ménage, épicerie, etc.)

[ ] Vue ou ouïe ou les deux

[ ] Capacité à parler

[ ] Mémoire

[ ] Concentration

[ ] Sommeil

[ ] Respiration

[ ] Utilisation des transports en commun

[ ] Conduite automobile

**11. Quand vous y pensez, parmi les capacités fonctionnelles énumérées ci-dessous, quelles sont celles qui vous posent le plus de problèmes ou qui perturbent le plus votre quotidien parce qu’elles sont limitées?**

[ ] Capacité à s’asseoir ou à se lever ou les deux

[ ] Marche

[ ] Capacité à soulever ou à porter des objets ou les deux

[ ] Capacité à atteindre des objets

[ ] Capacité à se pencher

[ ] Capacité à satisfaire ses besoins personnels (manger, se laver, s’habiller, etc.)

[ ] Fonctions intestinale et vésicale

[ ] Entretien de la maison (cuisine, ménage, épicerie, etc.)

[ ] Vue ou ouïe ou les deux

[ ] Capacité à parler

[ ] Mémoire

[ ] Concentration

[ ] Sommeil

[ ] Respiration

[ ] Utilisation des transports en commun

[ ] Conduite automobile

[ ] Autre (veuillez préciser)

|  |
| --- |
|  |

**12. Vos capacités fonctionnelles ont-elles diminué au fil du temps ou sont-elles demeurées stables?**

[ ] Elles sont demeurées stables

[ ] Elles ont diminué

[ ] Je ne sais pas vraiment

**13. Vos capacités fonctionnelles varient-elles au cours de la journée?**

[ ] Oui

[ ] Non

[ ] Je ne sais pas vraiment

**14. À quel moment vos capacités fonctionnelles sont-elles au plus bas?**

[ ] Le matin

[ ] L’après-midi

[ ] En soirée

[ ] Avant les moments de repos

[ ] Après les moments de repos

[ ] Mes capacités fonctionnelles varient de manière imprévisible / il ne me semble pas qu’elles varient à des moments bien précis

[ ] Autre (veuillez préciser)

|  |
| --- |
|  |

**15. À quelle fréquence êtes-vous en proie à des limitations fonctionnelles (difficultés à fonctionner)?**

[ ] Tous les jours

[ ] Plusieurs fois par semaine

[ ] Une ou deux fois par semaine

[ ] Quelques fois par mois

[ ] Quelques fois par année

[ ] Rarement

[ ] Autre (veuillez préciser)

|  |
| --- |
|  |

**16. À quelle fréquence passez-vous de mauvaises journées en proie à vos pires limitations fonctionnelles?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Capacité fonctionnelle** | Tous les jours | Plusieurs fois par semaine | Une ou deux fois par semaine | Quelques fois par mois | Quelques fois par an | Rare-ment |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**17. Compte tenu de votre expérience avec la SP, à quel point vos limitations fonctionnelles étaient-elles importantes lors de votre pire journée?**

**Veuillez évaluer les capacités fonctionnelles qui ont diminué lors de votre pire journée sur une échelle de 1 à 10, 10 étant la pire limitation imaginable.**

**(Ne remplissez pas les cases des capacités fonctionnelles qui n’ont été associées à aucune limitation.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Capacité fonctionnelle** | **Degré de limitation sur une échelle de 1 à 10 (10 étant le pire)** |
| Capacité à s’asseoir ou à se lever ou les deux |  |
| Marche |  |
| Capacité à soulever ou à porter des objets ou les deux |  |
| Capacité à atteindre des objets |  |
| Capacité à se pencher |  |
| Capacité à satisfaire ses besoins personnels (manger, se laver, s’habiller, etc.) |  |
| Fonctions intestinale et vésicale  |  |
| Entretien de la maison (cuisine, ménage, épicerie, etc.) |  |
| Vue ou ouïe ou les deux |  |
| Capacité à parler |  |
| Mémoire |  |
| Concentration |  |
| Sommeil |  |
| Respiration |  |
| Utilisation des transports en commun |  |
| Conduite automobile |  |

**18. Outre la SP et ses symptômes, avez-vous d’autres maladies, d’autres problèmes de santé ou d’autres troubles?**

[ ] Oui

[ ] Non

**19. Veuillez énumérer et décrire tous les autres troubles ou problèmes de santé que vous avez. (Veuillez indiquer TOUS vos autres problèmes, qu’ils soient invalidants ou non, ou qu’ils aient ou non un lien quelconque avec la SP.)**

|  |
| --- |
|  |

En remplissant ce questionnaire, vous avez fait une synthèse complète des renseignements importants qui vous seront utiles pour présenter vos demandes de prestations. Vous pouvez désormais vous en servir à titre de référence pour répondre aux questions sur la description des symptômes, des capacités fonctionnelles et des limitations fonctionnelles que vous trouverez sur les formulaires de demande. En fait, ce questionnaire vous permettra de gagner du temps à long terme, puisque vous serez en mesure d’y retrouver rapidement les éléments d’information dont vous avez besoin au lieu de devoir fournir de nouvelles réponses chaque fois. Si vous avez d’autres questions, n’hésitez pas à communiquer avec nos agents info-SP suivant les modalités décrites dans l’introduction.