

Date : |\_\_|/|\_\_|/|\_\_|/|\_\_| 2015  
JJ MM

# **ENQUÊTE EUROPÉENNE SUR LA SCLÉROSE EN PLAQUES (SEP)**

## **Questionnaire**

Nous vous remercions à l'avance de prendre le temps de participer à cette enquête !

Lorsque vous répondrez aux questions, veuillez s'il vous plait noter que les questions se réfèrent parfois à des périodes différentes : les 3 derniers mois, le dernier mois, l'an passé. Merci par avance d'en tenir compte dans vos réponses.

Aussi, veuillez indiquer uniquement les soins et les dépenses relatifs à votre sclérose en plaques. Excluez donc les consultations ou les médicaments relatifs à un autre problème de santé (par exemple une grippe). Ceci est très important !

Vos réponses sont et resteront strictement confidentielles et anonymes. Vos données seront regroupées avec celles d'autres participants pour l'analyse. Ainsi, Il sera impossible de vous identifier.

Je confirme avoir lu et compris les informations relatives à cette enquête.

Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et bénévole.

Je comprends que les résultats de l'étude pourront être cités dans des présentations ou publiés dans des rapports scientifiques et que mon identité n'apparaîtra jamais.

Je confirme que je ne participe pas actuellement à une étude clinique.

J'accepte de participer à l'étude susmentionnée sans contrepartie.

***Merci pour votre contribution !***

## Données personnelles

Veillez indiquer votre année de naissance

19 |\_\_|\_\_|

Quel âge aviez-vous quand vous avez été diagnostiqué(e) avec une sclérose en plaques (SEP) ?

Âge.....

Quel âge aviez-vous lorsque vous avez ressenti pour la première fois des symptômes attribuables à la SEP ?

Âge.....

Êtes-vous de sexe

Masculin  Féminin

Vivez-vous

Seul(e)  Avec de la famille/des amis  
 En institution/en appartement protégé

Quel est votre niveau d'études ?

Fin de collège  Brevet professionnel  
 Niveau baccalauréat  Etudes supérieures

Dans quel canton habitez-vous?

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> AG | <input type="checkbox"/> NW |
| <input type="checkbox"/> AR | <input type="checkbox"/> OW |
| <input type="checkbox"/> AI | <input type="checkbox"/> SG |
| <input type="checkbox"/> BL | <input type="checkbox"/> SH |
| <input type="checkbox"/> BS | <input type="checkbox"/> SO |
| <input type="checkbox"/> BE | <input type="checkbox"/> SZ |
| <input type="checkbox"/> FR | <input type="checkbox"/> TG |
| <input type="checkbox"/> GE | <input type="checkbox"/> TI |
| <input type="checkbox"/> GL | <input type="checkbox"/> UR |
| <input type="checkbox"/> GR | <input type="checkbox"/> VD |
| <input type="checkbox"/> JU | <input type="checkbox"/> VS |
| <input type="checkbox"/> LU | <input type="checkbox"/> ZG |
| <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> ZH |

## Données concernant votre emploi et vos activités

Exercez-vous actuellement une activité professionnelle rémunérée (salarié(e), travailleur indépendant)?

Oui

Non

### Si Oui: Salarié/travailleur indépendant

**Si Oui :** Combien d'heures par semaine travaillez-vous habituellement ?

|\_|\_| heures

Si vous ne travaillez pas à plein temps, est-ce dû à votre SEP ?

Oui

Non

Au cours des **3 derniers mois**, avez-vous dû prendre des congés maladie à cause de votre SEP ?

Oui

Non

**Si Oui :** Combien de jours en tout au cours de ces 3 mois ?

|\_|\_| jours

Êtes-vous actuellement en arrêt longue durée ? Si oui, depuis combien de mois jusqu'à aujourd'hui?

|\_|\_| mois

Si vous avez travaillé au cours des **sept derniers jours**, votre SEP vous a-t-elle affecté pendant votre travail ?

*Pensez à des journées pendant lesquelles vous étiez limité(e) en termes de quantité ou de nature du travail que vous pouviez accomplir, ou à des journées où vous ne pouviez pas travailler autant que vous l'auriez souhaité ou encore à des jours où vous ne pouviez pas être aussi attentif(e) que d'habitude. Si des problèmes de santé associés à votre SEP ont peu affecté votre travail, choisissez un chiffre bas. Choisissez un chiffre plus élevé si vos problèmes de santé associés à votre SEP ont beaucoup affecté votre travail. Considérez seulement des journées où ces problèmes vous ont affecté pendant votre travail.*

Des problèmes de santé liés à la SEP n'ont eu aucun effet sur mon travail

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Des problèmes de santé liés à la SEP m'ont totalement empêché de travailler

Si votre travail a été affecté, quelles en ont été la ou les raisons principales ?

Baisse de moral

Difficulté à penser

Fatigue

Douleur physique

Mobilité

Autre

### Si Non: Si vous n'êtes pas salarié(e) ou travailleur indépendant

Si vous ne travaillez pas, est-ce dû à votre SEP ?

Oui

Non

**Si Oui :** Quelle est votre situation ?

Rente invalidité  
 Retraite anticipée  
 Autre

Depuis quelle année ?

|\_|\_|\_|

**Si Non** : Quelle est votre situation actuelle ?

<input type="checkbox"/> Homme/femme au foyer	<input type="checkbox"/> Retraité(e)
<input type="checkbox"/> Étudiant(e)	<input type="checkbox"/> Sans emploi

## Hospitalisations

### Hospitalisation complète

Avez-vous été admis(e) dans un hôpital pour plus de 24 heures **au cours des 3 derniers mois** à cause de votre SEP ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Neurologie</b>	_ _  fois
<b>Autre</b>	_ _  fois
<b>Neurologie</b>	_ _  jours
<b>Autre</b>	_ _  jours

**Si Oui** : Combien de fois dans chaque service ?

Combien de jours au total dans chaque service ?

### Hospitalisation de jour

**Au cours des 3 derniers mois**, avez-vous été admis(e) à l'hôpital pendant une journée, sans y passer la nuit, à cause de votre SEP ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
_ _  fois	
<b>Neurologie</b>	_ _  jours
<b>Autre</b>	_ _  jours

**Si Oui** : Combien de fois ?

Dans quels services de l'hôpital ?

## Rééducation et repos

### Rééducation

**Au cours des 3 derniers mois**, avez-vous fréquenté ou séjourné dans un service de rééducation à cause de votre SEP ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
_ _  jours	
_ _  visites	

**Si Oui** : Combien de jours en cas de séjour (plus de 24 heures)?

Combien de visites ambulatoires (moins de 24 heures) ?

### Maison de repos

**Au cours des 3 derniers mois**, avez-vous fait un séjour en maison de repos ou dans un établissement similaire à cause de votre SEP ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
_ _  jours	

**Si Oui** : Combien de jours ?

## Consultations

### Médecins, spécialistes

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous consulté un médecin ou une infirmière à l'hôpital ou en cabinet ou demandé un avis à un médecin par téléphone, à cause de votre SEP ?

 Oui

 Non

Si Oui : Veuillez indiquer qui vous avez vu et combien de fois :

	À l'hôpital ou en clinique	En cabinet
<input type="checkbox"/> Neurologue	_ _  fois	_ _  fois
<input type="checkbox"/> Médecin interne	_ _  fois	_ _  fois
<input type="checkbox"/> Urologue	_ _  fois	_ _  fois
<input type="checkbox"/> Ophtalmologue	_ _  fois	_ _  fois
<input type="checkbox"/> Psychiatre	_ _  fois	_ _  fois
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste	_ _  fois	_ _  fois
<input type="checkbox"/> Infirmière spécialisée dans la SEP	_ _  fois	_ _  fois
	<b>Conseil téléphonique</b>	
<input type="checkbox"/> Infirmière spécialisée dans la SEP	_ _  fois	
<input type="checkbox"/> Neurologue	_ _  fois	

### Autres professionnels de santé

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous utilisé les services d'autres professionnels de santé pour votre SEP ?

 Oui

 Non

Si Oui : Veuillez indiquer, au cours des 3 derniers mois, le type de services et le nombre de séances, ainsi que les sommes que vous avez dépensées.

		Avez-vous payé vous-même la totalité ou une partie des frais ?	Combien avez-vous payé vous-même <u>par séance</u> ?
<input type="checkbox"/> Spécialiste pour l'incontinence	_ _  séances	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	.....CHF
<input type="checkbox"/> Physiothérapeute	_ _  séances	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	_ _  séances	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie	..... CHF

		<input type="checkbox"/> Rien	
<input type="checkbox"/> Orthophoniste	_ _  séance s	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF
<input type="checkbox"/> Acupuncteur	_ _  séance s	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF
<input type="checkbox"/> Chiropraticien	_ _  séance s	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF
<input type="checkbox"/> Psychologue	_ _  séance s	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF
<input type="checkbox"/> Homéopathe	_ _  séance s	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF
<input type="checkbox"/> Masseur	_ _  séance s	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF

## Examens, Tests

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous subi des examens complémentaires pour le suivi de  votre SEP  ?

Oui

Non

**Si Oui :** Veuillez indiquer quels tests :

<input type="checkbox"/> IRM (cerveau)
<input type="checkbox"/> IRM (colonne vertébrale)
<input type="checkbox"/> Scanner (tomographie)
<input type="checkbox"/> Ponction lombaire [LCR]
<input type="checkbox"/> Potentiel évoqué (par ex. visuel)
<input type="checkbox"/> Échographie, veuillez spécifier <input type="checkbox"/> cœur (échocardiographie, ultrason cardiographie, UCG) <input type="checkbox"/> vessie <input type="checkbox"/> autre _____
<input type="checkbox"/> Électrocardiogramme (ECG)
<input type="checkbox"/> Prise de sang            _ _  fois

## Médicaments pour la SEP

Au cours du dernier mois, avez-vous pris un traitement spécifique pour la SEP ?

 **Oui**
 **Non**

**Si Oui :** Veuillez indiquer le ou lesquels

Interferon $\beta$ -1b (Betaferon <sup>®</sup> ; Extavia <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/> Oui
Interferon $\beta$ -1a (Avonex <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/> Oui
Interferon $\beta$ -1a (Rebif <sup>®</sup> 22)	<input type="checkbox"/> Oui
Interferon $\beta$ -1a (Rebif <sup>®</sup> 44)	<input type="checkbox"/> Oui
Peginterferon $\beta$ -1a (Plegridy <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/> Oui
Acetate de glatiramere (Copaxone <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/> Oui
Natalizumab (Tysabri <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/> Oui
Alemtuzumab (Lemtrada <sup>®</sup> ; Campath <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/> Oui
Fingolimod (Gilenya <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/> Oui
Teriflunomide (Aubagio <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/> Oui
Dimethyl fumarate (Tecfidera <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/> Oui
Azathioprine (Imurek <sup>®</sup> ; Azathioprin <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/> Oui
Mitoxantrone (Novantrone <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/> Oui

Avant votre traitement actuel, avez-vous pris un autre traitement pour la SEP ?

 **Oui**
 **Non**

**Si Oui :** Veuillez indiquer le traitement précédent :

**Traitements contre les poussées**

**Avez-vous eu des poussées au cours des 3 derniers mois ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

*Une poussée (ou une exacerbation) de la SEP est définie comme le développement de nouveaux symptômes ou une aggravation de symptômes existants pendant plus de 48 heures. Lors d'une poussée/exacerbation, les symptômes s'aggravent généralement pendant une période allant de quelques jours à plusieurs semaines. Les symptômes disparaissent ensuite partiellement ou complètement pendant plusieurs semaines ou mois. Pendant une poussée/exacerbation, plusieurs symptômes différents peuvent s'aggraver en même temps.*

*(Pour notre enquête, un changement des symptômes dû à la chaleur ou à une autre maladie [par ex. grippe, rhume, infection des voies urinaires, etc.] ne doit pas être défini comme une poussée/exacerbation.)*

**Si** Combien de poussées au cours des 3 derniers  
**Oui :** mois ?

|\_|\_|

Est-ce que l'une de ces poussées est survenue  
au cours du mois dernier ?

Oui

Non

Avez-vous dû prendre un médicament spécial  
(corticostéroïde) pour cette/ces poussées  
(prednisone, méthylprednisolone, dexaméthasone  
et prednisolone) ?

Oui

Non

**Si**  
**Oui :** Veuillez indiquer sous quelle forme

Comprimés, gélules (voie orale)

|\_| Oui  
|\_|\_| jours

Perfusion

|\_| Oui

**Autres médicaments prescrits**

Au cours du mois dernier, votre médecin vous a-t-il prescrit  
des médicaments en relation avec votre SEP et les  
symptômes qui en résultent ?

Oui

Non

**Si Oui :** Veuillez indiquer lesquels et pendant combien de jours vous les avez pris au cours du  
dernier mois.

Médicaments		Nombre de jours pendant 1 mois
<b>Traitements pour la marche, la spasticité et la douleur</b>	<input type="checkbox"/> Fampridine (Fampyra®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Baclofène (Lioresal®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Clonazepam (Clonazepam®; Rivotril®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Tizanidine (Tizanidin®; Zanaflex®)	_ _  jours



	<input type="checkbox"/> Diazepam (Valium®; Stesolid®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Dantrolene (Dantrium®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Gabapentine (Neurontin®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Carbamazepine (Tegretol®; Carbamazepin®; Timonil®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Amitriptyline (Amitriptylin®; Saroten®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Toxine botulique	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Morphine	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Extrait de cannabis (Sativex®)	_ _  jours
<b>Traitements contre l'incontinence</b>	<input type="checkbox"/> Oxybutynine (Ditropan®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Tolterodine (Detrusitol®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Desmopressin (Minirin®; Nocutil®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Toxine botulique	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Les cathéters urinaires	_ _  jours
<b>Traitements contre la fatigue</b>	<input type="checkbox"/> Amantadine (Symmetrel®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Modafinil (Modafinil®; Modasomil®)	_ _  jours
<b>Traitements contre la dépression</b>	<input type="checkbox"/> Sertraline (Zoloft®; Sertralin®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Paroxétine (Paxil®; Deroxat®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Venlafaxine (Efexor®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Miansérine (Miansérine®; Tolvin®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Mirtazapine (Remeron®; Mirtazapin®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Clomipramine (Anafranil®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Fluoxétine (Prozac®; Fluctine®; Fluoxétin®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Citalopram (Cipralax®)	_ _  jours
	<input type="checkbox"/> Amitriptyline (Saroten®)	_ _  jours

### Médicaments en vente libre

Au cours du dernier mois, avez-vous acheté des médicaments en vente libre (par exemple des vitamines, anti-douleurs, produits paramédicaux, etc.) pour votre SEP ?

 **Oui**
 **Non**

**Si Oui :**

Veillez indiquer la somme approximative que vous avez dépensée personnellement pour ces médicaments au cours du mois dernier.

..... CHF

## Investissements, équipement, aides

Au cours de l'année passée (12 mois), avez-vous dû aménager votre maison, appartement ou voiture, ou vous procurer des équipements ou aides à cause de votre SEP

 Oui

 Non

**Si** : Veuillez indiquer le coût approximatif de chaque article et la part que vous avez dû payer vous-même :

	Avez-vous payé vous-même la totalité ou une partie des frais ?	Combien avez-vous payé vous-même ?
<input type="checkbox"/> Siège monte-escalier, ascenseur	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	.....CHF
<input type="checkbox"/> Lit médicalisé, rampes, barres d'appui	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF
<input type="checkbox"/> Aides à la marche (béquilles, cannes, déambulateur, etc.)	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique, scooter	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF
<input type="checkbox"/> Équipement et dispositifs spéciaux (pour écrire, cuisiner, se laver, s'habiller ou lunettes, etc.)	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF
<input type="checkbox"/> Adaptation de votre véhicule		..... CHF
<input type="checkbox"/> Autres adaptations apportées à votre maison/appartement (cuisine, salle de bains, chambre à coucher, alarme, etc.)		..... CHF

## Assistance

### Soins de santé à domicile, conseil social, prestations de services de la Société SEP, aide à domicile

Au cours du mois dernier (1 mois), avez-vous eu besoin d'aide à cause de votre SEP ?

Oui

Non

**Si Oui :** Veuillez indiquer le type d'aide et, le cas échéant, combien vous avez dû payer vous-même au cours du dernier mois.

	Nombre de jours au cours du mois dernier	Nombre d'heures par jour en moyenne	Avez-vous payé vous-même la totalité ou une partie des frais ?	Combien avez-vous payé vous-même au <u>total par mois</u> ?
<input type="checkbox"/> Personnel soignant (visites à domicile)	_ _  jours	_ _	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF
<input type="checkbox"/> Assistant(e) social(e) (visite à domicile)	_ _  jours	_ _	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF
<input type="checkbox"/> Aide à domicile	_ _  jours	_ _	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF
<input type="checkbox"/> Transports	_ _  nombre de déplacements le mois dernier	_ _  kilométrage moyen par aller-retour	<input type="checkbox"/> Totalité <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Rien	..... CHF

### Autre type d'assistance

Au cours du mois dernier (1 mois), y a-t-il eu des jours où vous avez eu besoin de l'aide d'un membre de votre famille ou d'amis (à l'exclusion des aides professionnelles) pour effectuer vos activités normales à cause de votre SEP ?

Oui

Non

**Si Oui :** Pendant combien de jours au cours du dernier mois ?

|\_|\_| jours

Pendant combien d'heures par jour, en moyenne ?

|\_|\_| heures/jour

## Qualité de vie globale

*Veillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case appropriée. (Notez que ces questions ne sont pas spécifiques à votre maladie, mais peuvent être utilisées pour toutes les maladies.)*

### Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes pour me déplacer à pied
- Je suis obligé(e) de rester alité(e)

### Autonomie de la personne

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

### Activités courantes

*(exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)*

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

### Douleur/gêne

- Je n'ai ni douleurs, ni gêne
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême

### Anxiété/dépression

- Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

### Fatigue

Sur une échelle de 0 à 10, comment évalueriez-vous votre **fatigue** au cours des dernières 48 heures ?

*Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre état actuel :*

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Pas du tout fatigué(e)** **Extrêmement**

**fatigué(e)**

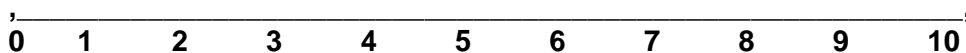
### Cognition

Souffrez-vous actuellement des **troubles cognitifs liés à votre SEP** ? Ces troubles peuvent s'exprimer comme des difficultés à :

- se rappeler ou à mémoriser ;
- se concentrer, en particulier pendant un long temps ;
- s'exprimer clairement ;
- comprendre et traiter des informations verbales ou écrites (suivre une conversation, ou une histoire dans un livre) ;
- penser aussi vite que vous en aviez l'habitude ;
- etc.

<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
-------------------------------------	-------------------------------------

**Si**        Veuillez indiquer la sévérité de ces difficultés sur l'échelle ci-  
**Oui :**     dessous.



*Absolument aucune difficulté*

*Difficultés sévères*

### Questions au sujet de la maladie

#### De quel type de SEP souffrez-vous actuellement ?

Veuillez lire les descriptions ci-dessous et choisir celle qui correspond le mieux à votre situation actuelle

(Ne cochez qu'une seule case)

<p><u>SEP récurrente/-rémittente</u></p> <p>Des poussées surviennent, avec de nouveaux symptômes ou l'aggravation de symptômes existants. La récupération après la poussée est généralement totale. <u>Entre les poussées, la maladie est stable.</u></p>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>
<p><u>SEP secondaire progressive</u></p> <p>Après une phase récurrente/rémittente initiale, on observe une augmentation progressive des limites et du handicap physique, indépendamment des poussées (qui surviennent encore mais pas chez tous les patients).</p>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>
<p><u>SEP primaire progressive</u></p> <p>Aggravation progressive du handicap physique dès le départ, sans de nettes exacerbations.</p>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>

**Comment décririez-vous la sévérité de votre maladie en ce moment ?**

*Veillez lire les descriptions ci-dessous et choisir celle qui décrit le mieux votre propre situation. Ces options concernent principalement votre faculté de marche actuelle. Il est possible qu'aucun de ces choix décrive exactement votre situation ; dans ce cas, veuillez cocher une catégorie qui s'approche le plus de votre situation. (Veillez choisir une seule réponse.)*

Je n'ai aucune limitation.	<input type="checkbox"/> <b>0</b>
Je n'ai aucune limitation fonctionnelle, mais quelques légers symptômes sensoriels. Si j'ai une poussée, je reviens à mon état normal une fois qu'elle est passée.	<input type="checkbox"/> <b>1</b>
J'ai quelques symptômes notables (faiblesse musculaire, légers troubles de la vision), mais je peux marcher normalement et je peux courir.	<input type="checkbox"/> <b>2</b>
J'ai une gêne fonctionnelle significative en raison d'une faiblesse musculaire et de troubles de la vision, mais je n'ai aucune limitation de ma capacité à marcher. Cependant, je ne peux pas courir.	<input type="checkbox"/> <b>3</b>
J'ai des limitations fonctionnelles significatives, mais je peux marcher au moins sur 500 mètres sans aide ni repos. Je pourrais avoir besoin d'une canne ou d'une autre aide pour marcher pendant une poussée.	<input type="checkbox"/> <b>4</b>
Je peux marcher sur 100 à 200 mètres sans aide ni repos. Pour les distances plus longues, j'utilise souvent une canne ou une autre forme de support (comme toucher un mur ou m'appuyer au bras de quelqu'un), surtout quand je marche dehors.	<input type="checkbox"/> <b>5</b>
J'ai toujours besoin d'une canne ou d'une seule béquille, et je ne peux pas marcher sur plus de 100 mètres sans m'arrêter. Mes activités sont limitées.	<input type="checkbox"/> <b>6</b>
J'ai toujours besoin de deux cannes ou béquilles, et je ne peux pas marcher sur plus de 100 mètres sans m'arrêter. Mes activités sont limitées.	<input type="checkbox"/> <b>7</b>
Je suis confiné(e) à l'intérieur ; je peux faire quelques pas en touchant un mur ou des meubles. Je ne peux pas marcher sur plus de 20 mètres sans faire une pause. Pour les plus longues distances, j'utilise un fauteuil roulant qui me permet de me déplacer sans aide.	<input type="checkbox"/> <b>8</b>
Je ne peux pas marcher du tout et je suis confiné(e) sur un fauteuil roulant, mais je peux utiliser mes bras.	<input type="checkbox"/> <b>9</b>
Je suis alité(e) et incapable de m'asseoir dans un fauteuil roulant pendant plus d'une heure.	<input type="checkbox"/> <b>10</b>

**A nous retourner jusqu'au 31.10.2015, s'il vous plaît.**

**Adresse postale pour l'envoi du questionnaire :**

Société suisse de la sclérose en plaques

Josefstrasse 129

Case postale

8031 Zurich

**Merci de ne noter aucune information de l'expéditeur sur l'enveloppe d'envoi.**

Nous vous remercions d'ores et déjà pour votre temps et votre collaboration.

Votre Société suisse SEP