QUESTIONNAIRE POUR LES AIDANTS FAMILIAUX

Ce questionnaire est le résultat d'un groupe de travail composé de professionnels, de bénévoles de différentes institutions et associations ainsi que des élus et des habitants du territoire de la Communauté de communes Cœur de Garonne.

Le groupe de travail propose de définir un aidant familial comme étant la personne qui, quel que soit son âge, s'occupe d'une personne de son entourage dont la perte d'autonomie (liée à l'âge, au handicap, à la maladie) l'empêche de réaliser les tâches du quotidien.

Date limite de retour : **31/08/2020**

Pour nous retourner le questionnaire, 2 possibilités s'offrent à vous

- Nous le renvoyer par mail à l'adresse : action.sociale@cc-coeurdegaronne.fr
- Nous le déposer sur un des sites de la Communauté de communes

3 lieux de dépôt :

- Communauté de communes Cœur de Garonne, Maison du Campet, Cazères
- Communauté de communes Cœur de Garonne, Maison des Pyrénées, Le Fousseret
- Communauté de communes Cœur de Garonne, Maison du Touch, Rieumes

Vous aidez ou vous avez aidé régulièrement une personne de votre entourage en situation de handicap ou de perte d'autonomie, ce questionnaire vous concerne.
Les informations que vous nous confierez seront traitées de manière strictement confidentielle : elles seront analysées statistiquement et votre anonymat sera parfaitement respecté.

1. Qui êtes-vous ? ☐ homme ☐ femme
2. Quel est votre âge ? .....
3. Avez-vous des enfants à charge ?
   ☐ oui ☐ non
4. Quelle est votre commune de résidence ? ……
5. Quelle est votre situation professionnelle ?

Temps partiel ☐	Temps complet ☐	En formation professionnelle ☐	A la recherche d'un emploi ☐
Retraité ☐	Sans activité ☐	Autre :……. ☐	

6. La personne dont vous vous occupez est votre :

Conjoint ☐	Père ☐	Mère ☐
Beau-père ☐	Belle-mère ☐	Enfant ☐
Frère ☐	Sœur ☐	Voisin ☐
Oncle / tante ☐	Autre (précisez)	

7. Quel est l'âge de la personne aidée ? .....

8. Précisez : ☐ homme ☐ femme ☐ garçon ☐ fille

9. Cette personne vit-elle avec vous ?
☐ oui ☐ non

Si non, combien de temps vous faut-il pour vous rendre auprès d'elle ?

Moins de 10 mn ☐	10 à 20 mn ☐	Plus de 20 mn ☐

Comment vit-elle ?
☐ seule
☐ en couple
☐ en établissement – Précisez : ……
☐ autre : ……

10. Depuis combien de temps vous occupez-vous de cette personne ?

☐ Moins de 1 an – Précisez ……	☐ 1 an à 3 ans	☐ 3 à 5 ans	☐ Plus de 5 ans Précisez …… .....

11. À quelle fréquence l'aidez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

Une fois par jour ☐	Plusieurs fois par jour ☐
Plusieurs fois par semaine ☐	Une fois toutes les 2 semaines ☐
Une fois par mois ☐	Tous les jours ☐
En permanence ☐	Autres : …… ☐

12. Combien de temps en moyenne, par jour, êtes-vous présent(e) auprès d'elle (aide comprise) ?

☐ - de 1 h	☐ 1h-2h	☐ Plus de 2h

13. Parmi les actes suivants, quels sont ceux pour lesquels vous aidez la personne (plusieurs réponses possibles) ?

Toilette	☐	Habillage	☐
Alimentation (prise des repas)	☐	Prise des médicaments	☐
Entretien du domicile	☐	Préparation des repas	☐
Lever/coucher	☐	Déplacement à l'intérieur	☐
Aide aux transferts/manipulation	☐	Présence et surveillance de jour	☐
Présence et surveillance de nuit	☐	Accompagnement à l'extérieur/accompagnement aux visites médicales	☐
Gestion du budget et des démarches administratives	☐	Compagnie	☐
Stimulation	☐	Contacts téléphoniques	☐
Courses alimentaires	☐	Autres :.....	

14. Quelles contraintes cela vous impose-t-il ?

☐ Professionnelles ☐ Financières
☐ Familiales ☐ Autres

Précisez :
……
……

15. Pourquoi est-ce vous qui vous occupez de cette personne ?

Amour / affection ☐	Responsabilité / devoir ☐	Je n'ai pas le choix ☐
Autre (précisez)		

16. Vous considérez-vous comme un aidant ?
☐ oui ☐ non

Si non, pourquoi ? :
……
……

17. Êtes-vous rémunéré(e) pour vous occuper de cette personne ?
☐ oui ☐ non

Si oui, comment ? :
……
……

18. Avez-vous pensé à une entrée en institution pour la personne aidée ?
☐ oui ☐ non

Expliquez :
……
……
……

19. Pensez-vous connaître vos droits en tant qu'aidant ?

☐ oui ☐ non

20. Une autre personne s'en occupe-t-elle ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ non je suis seul(e) à m'occuper de cette personne (ou aide très rare)
- ☐ oui famille
- ☐ oui voisinage
- ☐ oui des bénévoles associatifs
- ☐ oui des infirmiers / aides-soignants / kinés…
- ☐ oui des aides à domicile

Précisez dans quel cadre :

- ☐ APA
- ☐ caisse de retraite
- ☐ financement personnel

21. Le logement où vit principalement la personne aidée est-il adapté à la perte d'autonomie ou au handicap ?

☐ oui ☐ non

22. Si non, pourquoi ?

……
……
……

23. Êtes-vous informé(e) sur les aides existantes (plusieurs réponses possibles) ?

Entretien du logement	☐	Aide aux courses	☐
Soins d'hygiène	☐	Transports	☐
Portage de repas	☐	Accueil de jour / Halte répit	☐
Adaptation du logement	☐	Soins médicaux	☐
Aide au répit	☐	Congé des aidants	☐
Actions proposées par des structures locales (Communauté de Commune, services de soins, services d'aide à domicile…)	☐	Accords collectifs d'entreprise (pour les actifs)	☐
Je ne connais aucune aide	☐		

Si non, souhaitez-vous être informé(e) ?

☐ oui ☐ non

24. Quels sont les impacts sur :

- Votre vie familiale :

  ……
  ……

- Votre vie sociale :

  ……
  ……

- Votre santé :
  ……
  ……

- Votre vie professionnelle :
  ……
  ……

- Votre relation avec la personne aidée :
  ……
  ……

25. Avez-vous besoin de temps de pause ?

☐ oui ☐ non

Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

……
……
……
……

26. Ressentez-vous des moments de :

☐ Découragement ☐ Lassitude ☐ Fatigue ☐ Culpabilité
☐ Colère / Énervement

À quel(s) moment(s) et dans quelle(s) situation(s) ?

……
……
……
……

27. Aimeriez-vous être soulagé(e) occasionnellement ?

☐ oui ☐ non

Si oui, pour quels actes de vie quotidienne ? Et à quels moments ?

……
……
……
……

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

……
……

28. Ressentez-vous le besoin de discuter de votre situation ?

☐ oui ☐ non

Si oui, ☐ En entretien individuel
☐ en contact physique
☐ en contact téléphonique
☐ Dans un groupe, avec des personnes vivant la même situation
☐ Je suis déjà aidé(e). Précisez : ……..

29. Qu'est-ce qui vous aiderait dans votre quotidien ?

……
……
……
……

Autres commentaires

……
……
……
……

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Ce questionnaire est terminé, nous vous rappelons que vos réponses seront exploitées de façon anonyme. Si vous souhaitez être informé(e) des résultats de cette étude et des suites qui seront proposées, nous vous remercions de nous indiquer vos coordonnées ci-dessous et de cocher la 1ère case :

☐ J'accepte que mes coordonnées soient utilisées pour me recontacter dans le cadre de cette étude

Nom : …….

Prénom : …….....

Adresse postale:

……

……

Adresse mail :

……@.....

Téléphone : ……...