

ENQUETE 2024
LES BESOINS DES AIDANTS FAMILIAUX OU PROCHES AIDANTS
DE PERSONNES ÂGÉES OU EN SITUATION DE HANDICAP
SUR LE TERRITOIRE DU SUD-GIRONDE

VOTRE PROCHE AIDE :

Quel lien avez-vous avec votre proche-aidé, est-il votre :

- Conjoint.e
- Enfant
- Parent
- Grand-parent
- Frère ou Sœur
- Un autre membre de la famille
- Une autre personne à préciser (ami.e, voisin.e,...) :

Depuis combien de temps accompagnez-vous votre proche ?

- d'un an
- entre 1 et 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- + de 10 ans

Quel est l'âge de votre proche-aidé ?

Le manque d'autonomie de votre proche-aidé est dû :

- à son vieillissement
- à un handicap

Votre proche-aidé bénéficie-t-il d'aides financières ?

- APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)
- PCH (Prestation de Compensation du Handicap)
- AAH (Allocation Adulte Handicapé)
- Autre(s) aide(s) : à préciser
- Je ne sais pas

Avez-vous déjà eu recours à une prise en charge par une structure ?

- Accueil de jour OUI NON
- Hébergement temporaire OUI NON
- Baluchonnage OUI NON
- EHPAD OUI NON
- Autre structure : à préciser

Si NON, pour quelles raisons ?

- Vous n'en connaissez pas
 - Vous n'avez pas de moyen de transport
 - Cela vous a inquiété
 - Les démarches ont été trop complexes
 - Il n'y avait pas de place disponible
 - Le coût financier est trop élevé
 - Votre proche ne le souhaite pas
 - Autre(s) raison(s) : à préciser
-

Votre proche-aidé bénéficie-t-il de l'intervention de professionnels pour vous accompagner dans la prise en charge à domicile ?

OUI

NON

Si OUI, lequel/lesquels :

- Service d'aide à domicile (SAAD)
- Service de soin infirmier à domicile (SSIAD)
- Autre.s professionnel.s à préciser

Si OUI, cette aide est-elle soutenante pour vous ?

OUI

NON

Si NON, que faudrait-il pour que cette aide soit mieux adaptée ?

- plus d'interventions
- des interventions plus longues
- des interventions d'une autre nature

Précisez

Si vous ne bénéficiez pas de l'intervention de professionnels pour vous accompagner dans la prise en charge au domicile, quelles sont les raisons ?

- Votre proche ne le souhaite pas
- Vous n'en n'avez pas connaissance
- Vous ignorez à qui vous adresser
- Les démarches sont trop complexes
- Vous ne pouvez pas financer le reste à charge
- Autre(s) raison(s) : à préciser

LE LOGEMENT :

Occupez-vous le même logement que votre proche-aidé ?

OUI

NON

Si NON :

Le proche aidé vit-il seul ? OUI NON

Si NON : à quelle distance résidez-vous de votre proche-aidé (en voiture) ?

- moins de 15 min
- entre 15 et 30 min
- entre 30 min et 1 heure
- plus d'une heure

Le logement de votre proche-aidé est-il adapté pour lui ?

OUI

NON

Si NON, quels aménagements seraient utiles pour lui faciliter le quotidien ?

- barre de douche
- siège baignoire
- montée d'escalier
- Autre(s) aménagement(s) : à préciser

.....
.....



Avec le soutien :



VOTRE SITUATION D'AIDANT.E :

Votre commune d'habitation :

Votre tranche d'âge :

- moins de 30 ans entre 30 et 50 ans entre 50 et 70 ans plus de 70 ans

Votre situation : actif retraité sans emploi
 Autre (précisez) :

La présence auprès de votre proche-aidé est-elle nécessaire :

- uniquement le jour uniquement la nuit le jour et la nuit

Auriez-vous besoin de temps de répit dans votre rôle d'aidant.e ?

- OUI NON

Si un relais était possible, à quelle fréquence serait-il utile ?

- quelques heures par semaine par mois
- une journée entière par semaine par mois
- plusieurs jours par semaine plusieurs jours d'affilée par an
- je n'en ai pas besoin
- autre(s) besoin(s) : à préciser

.....
.....

Si vous n'envisagez pas un relais, quelles sont les raisons ?

- vous n'en ressentez pas le besoin
 - vous appréhendez de confier votre proche à d'autres personnes
 - votre proche ne le souhaite pas
 - il n'y a pas de structure ou de mode de garde adaptés à votre proche
 - vous n'avez pas connaissance de ces possibilités de garde
- Autre.s raison.s : à préciser

Est-ce que vous bénéficiez d'un soutien dans votre rôle d'aidant.e par d'autres proches ?

- OUI NON

Si NON, pour quelles raisons n'interviennent-elles pas ?

- les autres membres ne se sentent pas concernés
- ils sont trop éloignés géographiquement
- ils n'ont pas le temps nécessaire
- vous ne voulez pas les solliciter
- vous n'avez pas de proche pour vous épauler



Avec le soutien :



autre.s raison.s : à préciser

.....
.....

LA CONNAISSANCE DES AIDES EXISTANTES :

Connaissez-vous les aides existantes en direction des proches-aidants ?

OUI

NON

Souhaiteriez-vous être informé.e sur les aides existantes ?

OUI

NON

Êtes-vous en contact avec d'autres aidants en dehors de votre entourage proche ?

OUI

NON

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

- vous n'en connaissez pas
- vous n'en avez pas besoin
- il n'y en a pas



Avec le soutien :



L'AIDE APPOREE A VOTRE PROCHE-AIDE :

Types de tâches	Parmi les différents types de tâches, quels sont ceux que vous réalisez et à quelle fréquence ?					Indiquer ci-dessous parmi les tâches qui vous incombent celles que vous souhaiteriez confier à un tiers :		
	Plusieurs fois par jour	1 fois par jour	Plusieurs fois par semaine	1 fois par semaine	Selon un besoin ponctuel	Intégralement	Ponctuellement	Je ne souhaite pas confier à un tiers
Préparation des repas								
Aide à la prise de repas								
Aide à l'habillage								
Aide à la toilette								
Aide aux déplacements intérieurs du domicile								
Aide administrative et budgétaire								
Courses								
Entretien du logement								
Petits travaux d'entretien, jardinage, bricolage								
Soins médicaux ou paramédicaux								
Accompagnement aux RV médicaux, aux démarches de soins ou suivi de traitement								
Accompagnement à l'accès aux loisirs et à la vie sociale								
Activités de stimulation, d'échanges, de dialogue								
Aide aux déplacements à l'extérieur du domicile								
Garde, surveillance et veille sur la sécurité de votre proche dans la journée								
Garde, surveillance et veille sur la sécurité de votre proche dans la nuit								
Autre(s) tâche(s) : à préciser								



Avec le soutien :



Combien de temps estimez-vous passer pour aider votre proche par semaine ?

Dans l'idéal, si vous pouviez confier certaines de ces tâches à un tiers et ne le faites pas, pouvez-vous expliquer pourquoi ?

.....

.....

.....

LES REPERCUSSIONS SUR VOTRE VIE PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE :

⇒ SUR VOTRE VIE FAMILIALE :

L'accompagnement de votre proche-aidé a-t-il eu des conséquences sur votre vie familiale notamment sur :

- les relations avec votre famille ? OUI NON
- l'organisation de votre foyer ? OUI NON

⇒ SUR VOTRE VIE PROFESSIONNELLE :

Si vous travaillez, l'accompagnement de votre proche-aidé a-t-il eu des conséquences sur votre vie professionnelle ?

OUI NON

Si OUI, pouvez-vous préciser quel(s) changement(s) (ex : aménagements du temps de travail, changement de poste, cessation de votre activité professionnelle ...) ?

.....

Votre situation d'aidant.e est-elle connue dans votre environnement professionnel :

- par vos collègues ? OUI NON
- par votre hiérarchie ? OUI NON

VOS LOISIRS :

Avez-vous des activités de loisirs ? OUI NON

Si OUI :

- Quelles sont ces activités de loisirs :
- A quelle fréquence pouvez-vous y participer ?
 Régulièrement Parfois Jamais



Avec le soutien :



- Certaines activités de loisirs sont-elles réalisées avec votre proche-aidé ? NON
 OUI préciser lesquelles ?.....
 Régulièrement Parfois Jamais

Si JAMAIS, souhaiteriez-vous avoir des activités de loisirs ? OUI NON

SI OUI, lesquelles ?

VOS VACANCES :

Avez-vous pris des vacances cette année ? OUI NON

Si NON, auriez-vous souhaité partir ? NON
 OUI avec mon proche
 sans mon proche

VOTRE SANTE :

Votre situation d'aidant.e a-t-elle eu un impact sur votre santé ? OUI NON

Consultez-vous régulièrement votre médecin traitant ? OUI NON

Avez-vous fait, durant l'année écoulée, un dépistage en santé (consultations spécialistes, bilan sanguin, dépistage,...) ? OUI NON

Le fait d'être aidant.e vous a-t-il conduit à renoncer à des soins ? OUI NON

Ressentez-vous de la fatigue physique ? jamais parfois toujours

Ressentez-vous de la fatigue psychologique ? jamais parfois toujours

Vous sentez-vous stressé.e ? jamais parfois toujours

De quoi auriez-vous besoin pour prendre soin de votre santé ?

.....

COMMENTAIRES LIBRES :

.....

.....

.....

.....

REMERCIEMENTS :

Nous vous remercions chaleureusement
d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Seriez-vous volontaire pour participer à un groupe de travail afin d'analyser les réponses à ce questionnaire et engager une réflexion collective pour étudier les possibilités de créer des services adaptés aux besoins sur le territoire du Sud-Gironde ?

OUI

NON

Etes-vous intéressé(e) de recevoir une invitation et le programme de la journée dédiée aux aidants familiaux le 10 octobre 2024 à Langon ?

OUI

NON

Etes-vous intéressé(e) pour obtenir des informations complémentaires sur l'offre de répit longue durée de baluchonnage ?

OUI

NON

Si « OUI » à l'une des 3 questions précédentes, merci d'indiquer vos coordonnées ci-dessous afin d'être recontacté(e) :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél : – Mail :

QUESTIONNAIRE A RENVOYER pour le 15/07/2024 au plus tard



GENERATION A DOMICILE

Par courrier à l'adresse suivante :

86 COURS DE VERDUN – 33210 LANGON

Ou par mail à :

coordination@generationadomicile.org

Ou flashez le QR Code pour répondre en ligne :



Avec le soutien :

