



En partenariat avec :



Midi-Pyrénées Nord



Le Conseil départemental de l'Aveyron et ses partenaires souhaitent mieux comprendre ce que vous vivez et connaître les difficultés auxquelles vous êtes confronté.e afin de mettre en œuvre des solutions en réponse à vos besoins. Ils vous remercient de répondre aux questions ci-dessous.

A propos de vous

Vous êtes :

une Femme

un Homme

Votre année de naissance :

Résidez-vous dans l'Aveyron ?

Oui

Non

Si vous résidez dans l'Aveyron, dans quelle commune ?

Votre situation personnelle

Seul(e)

En couple avec enfant(s) à charge

Seul(e) avec enfant(s) à charge

En couple sans enfant(s) à charge

Votre situation professionnelle

En activité salariée

Retraité (régime général)

Sans emploi

Travailleur indépendant

Retraité (régime agricole)

Étudiant

Exploitant agricole

Retraité (régime des indépendants)

Autre

Si "autre situation professionnelle", précisez

En tant qu'aidant, quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez ? (plusieurs réponses possibles)

Manque de disponibilité

Fréquence de vos interventions aidantes

Autres difficultés

Distance / transport

Tâches à accomplir hors de vos compétences

Quelles sont les autres difficultés rencontrées ?

Avez-vous bénéficié (ou bénéficiez-vous) d'une action "d'aide aux aidants" (formation, groupe de parole, ateliers thérapeutiques, plateforme de répit...)?

Oui

Non

Si "Oui", merci de préciser de quelle(s) action(s) et à quelle(s) date(s) (même approximative)

Bénéficiez-vous d'éventuels soutiens ? (plusieurs réponses possibles)

Non

Amis

Autres formes de soutien

Membres de la famille

Association d'aide aux aidants

Si vous bénéficiez "d'autres formes de soutien", précisez lesquelles

Après de combien de personnes intervenez-vous actuellement en tant que proche aidant

1 personne

2 personnes

Plus de 2 personnes

Ce questionnaire prévoit des réponses pour une ou deux personnes aidées. Au cas où vous seriez aidant de trois personnes ou plus, vous pouvez photocopier la section suivante et la remplir pour les autres personnes aidées.

Personne aidée 1

Situation de la personne aidée

Sexe

Femme

Homme

Année de naissance :

Qui est la personne aidée pour vous ?

Enfant

Oncle / tante / neveu / nièce

Ami(e)

Frère / soeur

Conjoint

Voisin(e)

Père / mère

Beau-père / Belle-mère

Autre forme de lien

Si "autre forme de lien", précisez :

Dans quelle commune la personne aidée réside-t-elle ?

Lieu de vie

Vit à domicile

Vit en foyer de vie

Vit en EHPAD (maison de retraite médicalisée)

Hébergement en famille d'accueil

Vit en résidence autonomie (Maison de retraite non médicalisée)

Autre lieu de vie

Vit en MAS (maison d'accueil spécialisée)

Si "autre lieu de vie", précisez :

Situation de vie à domicile (plusieurs réponses possibles)

Vit seul(e)

Vit à côté de chez vous (maison mitoyenne ou voisinage direct par exemple)

Vit en couple

Vit chez un autre proche ou à côté d'un autre proche

Vit en famille

Si vous ne vivez pas avec la personne aidée, quelle est la durée de trajet entre vos deux domiciles (en minutes) ?

La personne aidée fréquente-t-elle ?

Un accueil de jour

Un hébergement temporaire

Un Espace accueil et activité

Description de l'aide que vous apportez à cette personne aidée

Nature de l'aide (ou des aides) apportée(s) (plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> les tâches domestiques et ménagères (faire le ménage, la lessive, le repassage, préparer les repas...) | <input type="checkbox"/> l'accompagnement aux visites médicales | <input type="checkbox"/> l'aide aux déplacements (dans le domicile) |
| <input type="checkbox"/> les courses | <input type="checkbox"/> la prise de médicaments | <input type="checkbox"/> l'aide aux déplacements (à l'extérieur du domicile, y compris jardin) |
| <input type="checkbox"/> les soins personnels (toilette, habillage, repas...) | <input type="checkbox"/> la coordination de l'aide professionnelle | <input type="checkbox"/> l'accompagnement à des activités socio-culturelles |
| <input type="checkbox"/> le lever / le coucher | <input type="checkbox"/> les sorties / promenades | <input type="checkbox"/> d'autres formes d'aide |
| <input type="checkbox"/> la gestion du budget, des papiers et des démarches administratives | <input type="checkbox"/> assurer une présence, une compagnie, une surveillance | |

Si "autre forme d'aide", précisez :

Fréquence des aides apportées

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour | <input type="radio"/> Plusieurs fois par semaine | <input type="radio"/> Plusieurs fois par an |
| <input type="radio"/> Une fois par jour | <input type="radio"/> Plusieurs fois par mois | |

Êtes-vous sollicité la nuit par votre proche ?

- | | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Souvent | <input type="radio"/> De temps en temps | <input type="radio"/> Rarement | <input type="radio"/> Jamais |
|-------------------------------|---|--------------------------------|------------------------------|

La personne aidée a-t-elle recours : (deux réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> A un service d'aide à domicile ? | <input type="checkbox"/> A des soins infirmiers à domicile ? |
|---|--|

La personne aidée bénéficie-t-elle d'une aide via un organisme public ?

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Allocation personnalisée d'autonomie (APA) | <input type="radio"/> Prestation de compensation du handicap (PCH) | <input type="radio"/> Autre aide |
|--|--|----------------------------------|

Un autre proche intervient-il en complément de votre intervention ?

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|---------------------------|---------------------------|

Personne aidée 2

Situation de la personne aidée

Sexe

Femme

Homme

Année de naissance :

Qui est la personne aidée pour vous ?

Enfant

Oncle / tante / neveu / nièce

Ami(e)

Frère / soeur

Conjoint

Voisin(e)

Père / mère

Beau-père / Belle-mère

Autre forme de lien

Si "autre forme de lien", précisez :

Dans quelle commune réside la personne aidée

Lieu de vie

Vit à domicile

Vit en foyer de vie

Vit en EHPAD (maison de retraite médicalisée)

Hébergement en famille d'accueil

Vit en résidence autonomie (Maison de retraite non médicalisée)

Autre lieu de vie

Vit en MAS (maison d'accueil spécialisée)

Si "autre lieu de vie", précisez :

Situation de vie à domicile (plusieurs réponses possibles)

Vit seul(e)

Vit à côté de chez vous (maison mitoyenne ou voisinage direct par exemple)

Vit en couple

Vit chez un autre proche ou à côté d'un autre proche

Vit en famille

Si vous ne vivez pas avec la personne aidée, quelle est la durée de trajet entre vos deux domiciles (en minutes) ?

La personne aidée fréquente-t-elle ?

Un accueil de jour

Un hébergement temporaire

Un Espace accueil et activité

Description de l'aide que vous apportez à cette personne aidée

Nature de l'aide (ou des aides) apportée(s) (plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> les tâches domestiques et ménagères (faire le ménage, la lessive, le repassage, préparer les repas...) | <input type="checkbox"/> l'accompagnement aux visites médicales | <input type="checkbox"/> l'aide aux déplacements (dans le domicile) |
| <input type="checkbox"/> les courses | <input type="checkbox"/> la prise de médicaments | <input type="checkbox"/> l'aide aux déplacements (à l'extérieur du domicile, y compris jardin) |
| <input type="checkbox"/> les soins personnels (toilette, habillage, repas...) | <input type="checkbox"/> la coordination de l'aide professionnelle | <input type="checkbox"/> l'accompagnement à des activités socio-culturelles |
| <input type="checkbox"/> le lever / le coucher | <input type="checkbox"/> les sorties / promenades | <input type="checkbox"/> d'autres formes d'aide |
| <input type="checkbox"/> la gestion du budget, des papiers et des démarches administratives | <input type="checkbox"/> assurer une présence, une compagnie, une surveillance | |

Si "autre forme d'aide", précisez :

Fréquence des aides apportées

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Plusieurs fois par jour | <input type="radio"/> Plusieurs fois par semaine | <input type="radio"/> Plusieurs fois par an |
| <input type="radio"/> Une fois par jour | <input type="radio"/> Plusieurs fois par mois | |

Êtes-vous sollicité la nuit par votre proche ?

- | | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Souvent | <input type="radio"/> De temps en temps | <input type="radio"/> Rarement | <input type="radio"/> Jamais |
|-------------------------------|---|--------------------------------|------------------------------|

La personne aidée a-t-elle recours : (deux réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> A un service d'aide à domicile ? | <input type="checkbox"/> A des soins infirmiers à domicile ? |
|---|--|

La personne aidée bénéficie t'elle d'une aide via un organisme public ?

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Allocation personnalisée d'autonomie (APA) | <input type="radio"/> Prestation de compensation du handicap (PCH) | <input type="radio"/> Autre aide |
|--|--|----------------------------------|

Un autre proche intervient-il en complément de votre intervention ?

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
|---------------------------|---------------------------|

Vos besoins

Grille d'auto-évaluation de votre fonction de *proche aidant*

	Jamais	Parfois	Souvent
Votre fonction d'aidant induit-elle des difficultés dans votre vie familiale ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le fait d'être aidant provoque-t-il des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs ou dans votre travail ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le fait de vous occuper de votre proche entraîne-t-il des effets sur votre état de santé (physique et/ou psychique) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre proche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous peur pour l'avenir de votre proche ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre proche ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre proche ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parmi cette liste d'aides, quelles sont les formes d'aides dont vous souhaiteriez bénéficier ? (3 réponses max)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Des aides professionnelles | <input type="checkbox"/> Des temps pour vous (via accueil de jour ou accueil temporaire de votre proche) |
| <input type="checkbox"/> Du soutien moral et psychologique | <input type="checkbox"/> Autre forme d'aide |
| <input type="checkbox"/> De l'information sur les dispositifs existants pour les aidants | <input type="checkbox"/> Aucun besoin d'aide complémentaire |
| <input type="checkbox"/> Une aide financière | |

Si "autre forme d'aide souhaitée", précisez

Enfin, souhaitez-vous porter à connaissance des besoins spécifiques à votre situation d'aidant ?

Si vous connaissez d'autres personnes résidant dans l'Aveyron en situation d'aide d'un proche, n'hésitez pas à les inviter à remplir ce questionnaire, téléchargeable sur le site du Conseil Départemental de l'Aveyron : <http://aidants-12.cisame.coop/>