



# QUESTIONNAIRE POUR LES AIDANTS DE SEINE-SAINT-DENIS

A travers ce questionnaire, l'équipe du site d'information et d'orientation "Ma Boussole Aidants.fr", en partenariat avec le Département, souhaite identifier les besoins des aidants et de leurs proches malades, âgés et/ou en situation de handicap sur le territoire de Seine-Saint-Denis.

Il comporte **27 questions**, est **anonyme** et dure moins de **10 mn**.

Une fois le questionnaire terminé, prenez chaque page en photo et envoyez les par **SMS au 06 20 23 35 67** ou par mail à [yanis.tari@maboussoleaidants.fr](mailto:yanis.tari@maboussoleaidants.fr).

Un grand merci pour votre précieuse contribution !

**Q.1 - On considère comme aidant une personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap.**

**Etes-vous ou vous êtes vous déjà retrouvé dans cette définition ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oui, j'apporte de l'aide à un membre de ma famille ou de mon entourage | <input type="checkbox"/> Oui, j'ai déjà apporté de l'aide à un membre de ma famille ou de mon entourage                              |
| <input type="checkbox"/> Peut-être, mais je ne suis pas certain                                 | <input type="checkbox"/> Non, je n'apporte pas d'aide ou je n'ai jamais apporté d'aide à un membre de ma famille ou de mon entourage |

**Q.2 - Vous considérez(iez)-vous comme "aidant(e)" de votre proche ?**

- |                              |                              |   |
|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
|------------------------------|------------------------------|---|

**Q.3 - Je suis :**

- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Un homme | <input type="checkbox"/> Une femme |
|-----------------------------------|------------------------------------|

**Q.4 - Mon proche est / était :**

- |                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Un homme | <input type="checkbox"/> Une femme |
|-----------------------------------|------------------------------------|

**Q.5 - Je suis âgé(e) de :**

- |                                   |                                      |                                      |                                      |   |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> < 18 ans | <input type="checkbox"/> 18 - 39 ans | <input type="checkbox"/> 40 - 59 ans | <input type="checkbox"/> 60 - 79 ans | <input type="checkbox"/> 80 ans et plus |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

**Q.6 - Mon proche est / était âgé de :**

- |                                   |                                      |                                      |                                      |   |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> < 18 ans | <input type="checkbox"/> 18 - 39 ans | <input type="checkbox"/> 40 - 59 ans | <input type="checkbox"/> 60 - 79 ans | <input type="checkbox"/> 80 ans et plus |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

**Q.7 - Mon proche est / était :**

- |  |                                 |                                    |                                      |
|--|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Un membre de ma famille | <input type="checkbox"/> Un ami | <input type="checkbox"/> Un voisin | <input type="checkbox"/> Un collègue |
|--|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

Autre (préciser)

**Q.8 - Mon proche est / était concerné par :**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Une maladie chronique (cancer, diabète, Alzheimer, Parkinson, AVC, épilepsies, etc.) | <input type="checkbox"/> Une maladie psychiatrique / psychique | <input type="checkbox"/> Une perte d'autonomie liée à l'avancée en âge |
| <input type="checkbox"/> Un handicap  | <input type="text"/>   | Autre (préciser)   |

**Q.9 - Moi-même je suis concerné(e) par :**

- Une maladie chronique (cancer, diabète, Alzheimer, Parkinson, AVC, épilepsies, etc.)
- Une maladie psychiatrique / psychique
- Un handicap
- Une perte d'autonomie liée à l'avancée en âge
- Aucune de ces situations

Autre (préciser)

**Q.10 - Mon proche habite / habitait :**

- Chez moi       Chez lui / Chez eux       En établissement (EHPAD, hébergement / service spécialisé, etc.)       En habitat alternatif (accueil familial, colocation, habitat inclusif, etc.)

Autre (préciser)

**Q.11 - Nom de la commune où je vis :**

**Q.12 - Temps nécessaire pour rendre visite à mon proche s'il ne vit / vivait pas chez moi (quel que soit le moyen de transport utilisé) :**

- Entre 0 et 30 mn       Entre 30 mn et 1h       Entre 1h et 2h       Plus de 2h       Je ne sais pas

**Q.13 - Je suis actuellement :**

- En formation / études       Sans activité professionnelle / En recherche d'emploi       Actif à temps complet
- Actif à temps partiel       Retraité       Autre (préciser)

**Q.14 - Mon proche a / avait besoin d'une aide dans son quotidien (repas, soins, déplacements, gestion administrative, etc.) :**

- En permanence       Régulièrement       Occasionnellement       Jamais       Je ne sais pas

**Q.15 - J'aide / aidais mon proche dans son quotidien :**

- En permanence       Régulièrement       Occasionnellement       Jamais

**Q.16 - Comment pensez-vous que votre proche perçoive / percevais votre aide ?**

- Pas du tout utile       Peu utile       Je ne sais pas       Utile       Indispensable

**Q.17 - L'aide que j'apporte / apportais à mon proche à / avait un impact positif ou négatif sur :** *Passez à la question suivante si l'aide apportée n' / n'avait pas d'impact particulier.*

Impacts	Très négatif	Négatif	Neutre	Positif	Très positif
1. Notre relation					
2. Ma santé physique					
3. Mon moral et mon état d'esprit					
4. Mes relations familiales					
5. Mon travail					
6. Mes relations sociales					
7. Mes ressources financières					
Autre impact (préciser) :					

**Q.18 - Parmi ces besoins qui pourraient (auraient pu) concerner votre proche, pour lesquels n'avez(iez)-vous pas trouvé de solutions ou avez(iez)-vous eu des difficultés à en trouver ?** *Passez à la question suivante si votre proche n'a / n'avait pas de besoins.*

Besoins qui pourraient (auraient pu) concerner votre proche	Je n'ai pas trouvé de solution	J'ai / J'ai eu des difficultés à trouver une solution
1. Poser un diagnostic sur les troubles de mon proche et lui proposer un accompagnement et des soins adaptés		
2. Maintenir ou améliorer l'état de santé de mon proche et le mien		
3. Faire garder / Scolariser mon proche		
4. Trouver des solutions pour les déplacements de mon proche		
5. Trouver un lieu d'accueil temporaire pour mon proche		
6. Trouver un lieu d'accueil permanent adapté à mon proche		
7. Aménager et sécuriser le domicile de mon proche		
8. Permettre à mon proche de s'épanouir dans des loisirs et dans sa vie sociale		
9. Proposer un week-end ou des vacances à mon proche		
10. Permettre à mon proche d'accéder à un parcours de formation et/ou d'emploi adapté		
Autres besoins (préciser) :		

**Q.19 - Parmi ces besoins qui pourraient (auraient pu) vous concerner, pour lesquels n'avez(iez)-vous pas trouvé de solutions ou avez(iez)-vous eu des difficultés à en trouver ?** *Passez à la question suivante si vous n'avez(iez) pas de besoins.*

Besoins qui pourraient (auraient pu) vous concerner	Je n'ai pas trouvé de solution	J'ai / J'ai eu des difficultés à trouver une solution
1. Avoir des informations sur la situation de mon proche (maladie, handicap)		
2. Me faire aider à domicile et/ou avoir un relais auprès de mon proche		
3. Echanger sur ma situation (avec des professionnels, d'autres aidants, etc.)		
4. Connaître mes droits et être accompagné dans mes démarches		
5. Participer à des formations d'aidants		
6. Etre accompagné dans le deuil de mon proche		
7. Me faire aider financièrement		
Autres besoins (préciser) :		

**Q.20 - Je participe à des activités dédiées aux aidants (groupes de parole et soutien, répit, café des aidants, Village Vacances Familles, etc.) :**

En permanence     Régulièrement     Occasionnellement     Jamais     Je ne sais pas de quoi il s'agit

**Q.21 - Si vous avez l'intention de participer à ce type d'activités, quelle échéance vous donnez-vous ?**  *Passez à la question suivante si vous n'avez pas cette intention.*

Dès la semaine prochaine     Dans les 2 semaines     Dans le mois     Dans les 3 mois     Dans les 6 mois     Je ne sais pas

**Q.22 - Avez-vous déjà bénéficié votre proche et/ou vous-même d'un dispositif d'aide financière en lien avec sa pathologie (APA, PCH, AAH, etc.) ou dédié aux aidants (AJPA, congé proche aidant, etc.) ?**

Oui, mon proche et moi     Oui, mais seulement mon proche     Oui, mais seulement moi     Non, aucun d'entre nous     Je ne sais pas de quoi il s'agit

**Q.23 - Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou non avec cette affirmation : « J'ai une bonne connaissance des services et aides existants pour les aidants et leurs proches » ?**

Pas du tout d'accord     Assez d'accord     Sans avis     D'accord     Tout à fait d'accord

**Q.24 - Quelles sont toutes les sources d'information auxquelles vous avez eu recours pour vous informer et organiser l'aide nécessaire à votre proche ?**

Ma famille, mes amis, mon entourage proche     Mes relations professionnelles     Acteurs territoriaux (CCAS, CPAM, CLIC, MDPH, Département)     Etablissements de soins (hôpitaux, EHPAD)     Professionnels de santé (médecins, pharmaciens)

Autres professionnels (AVS, services infirmiers, travailleurs sociaux)     Associations (aidants, patients, champ du handicap)     Action sociale (caisses de retraite, mutuelles)     Internet, presse, réseaux sociaux     Autre (préciser)

**Q.25 - Y'a-t-il d'autres personnes à qui vous apportez(iez) de l'aide au quotidien ?**

Non     Oui, 1     Oui, 2     Oui, 3 ou plus

**Q.26 - Connaissez le site d'information pour les aidants et leurs proches « maboussoleaidants.fr » ?**

Oui     Non     Je ne sais pas

**Q.27 - Connaissez le site d'information pour les aidants et leurs proches du 93 « aidant.seinesaintdenis.fr » ?**

Oui     Non     Je ne sais pas

***Nous vous remercions sincèrement pour votre très précieuse contribution !***

*Si vous souhaitez être recontacté(s) pour répondre à d'autres enquêtes sur les aidants, merci de nous indiquer **votre (vos) adresse(s) mail(s)**. Vous pouvez également nous faire part de toutes vos **remarques** :*