

# QUESTIONNAIRE AIDANTS

## Vous

### 1- Vous êtes :

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme
- ☐ Autre

### 2- Votre âge : \_\_\_\_\_

### 3- Vous aidez :

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Votre mère ou votre père
- ☐ Votre enfant
- ☐ Votre conjoint.e
- ☐ Votre frère / sœur
- ☐ Autre : \_\_\_\_\_

### 4- Votre lieu d'habitation - code postale et commune : \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

### 5- Votre situation professionnelle :

- ☐ J'ai arrêté de travailler pour m'occuper de mon proche
- ☐ J'ai aménagé mon temps de travail
- ☐ J'ai conservé mon activité et mon temps de travail
- ☐ Sans activité professionnelle / retraité / étudiant
- ☐ Autre : \_\_\_\_\_

## Votre proche aidé

### 1- Son âge : \_\_\_\_\_

### 2- Il.elle est concerné.e par :

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Handicap moteur
- ☐ Handicap mental
- ☐ Handicap psychique
- ☐ Handicap sensoriel
- ☐ Trouble du neurodéveloppement
- ☐ Maladie chronique et invalidante (cancer, diabète, maladie neurodégénérative, épilepsies...)
- ☐ Perte d'autonomie liée à l'âge
- ☐ Autre : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3- Son lieu de vie :

- ☐ Chez vous
- ☐ Chez lui.eux
- ☐ En établissement
- Autre : \_\_\_\_\_

## Votre deuxième proche aidé

1- Son âge : \_\_\_\_\_

2- Il.elle est concerné.e par :

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Handicap moteur
  - ☐ Handicap mental
  - ☐ Handicap psychique
  - ☐ Handicap sensoriel
  - ☐ Trouble du neurodéveloppement
  - ☐ Maladie chronique et invalidante  
(cancer, diabète, maladie neurodégénérative, épilepsies...)
  - ☐ Perte d'autonomie liée à l'âge
  - ☐ Autre : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

3- Son lieu de vie :

- ☐ Chez vous
- ☐ Chez lui.eux
- ☐ En établissement

Autre : \_\_\_\_\_

## Votre troisième proche aidé

1- Son âge : \_\_\_\_\_

2- Il.elle est concerné.e par :

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Handicap moteur
  - ☐ Handicap mental
  - ☐ Handicap psychique
  - ☐ Handicap sensoriel
  - ☐ Trouble du neurodéveloppement
  - ☐ Maladie chronique et invalidante  
(cancer, diabète, maladie neurodégénérative, épilepsies...)
  - ☐ Perte d'autonomie liée à l'âge
  - ☐ Autre : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

3- Son lieu de vie :

- ☐ Chez vous
- ☐ Chez lui.eux
- ☐ En établissement

Autre : \_\_\_\_\_

## Votre rôle d'aidant

### 1- Vous considérez vous comme aidant.e ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Parfois
- ☐ Je ne sais pas

### 2- De quoi auriez-vous besoin pour vous sentir aidé.e ou soutenu.e ?

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Aide à domicile pour votre proche
- ☐ Accueil de votre proche en dehors du domicile
- ☐ Échanger avec d'autres aidants
- ☐ Être informé et accompagné dans mes démarches
- ☐ Participer à des formations pour aidants
- ☐ Pouvoir joindre facilement un professionnel
- ☐ Avoir une activité régulière (loisirs, sortie...)
- ☐ Partager une activité avec mon proche
- ☐ Autre : \_\_\_\_\_

### 3 - Pour vous, les obstacles pour profiter d'une pause ou d'une formation

- ☐ Le cout
- ☐ Le manque d'information
- ☐ L'organisation
- ☐ Les transports
- ☐ L'absence de solution pour faire garder / accompagner mon proche
- ☐ Le manque d'intérêt pour une formation ou un répit
- ☐ Autre: \_\_\_\_\_

### 4 - Avez-vous déjà entendu parler du congé de proche aidant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

## Le répit

### 1- Que signifie pour vous “avoir un temps de répit” ?

---

---

---

### 2- Votre besoin de faire une pause est aujourd'hui :

- ☐ 1 = très faible
- ☐ 2 = faible
- ☐ 3 = ne sait pas / neutre
- ☐ 4 = fort
- ☐ 5 = très fort

### 3- Les moments les plus adaptés pour faire une pause :

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Matin
- ☐ Après-midi
- ☐ Soirée
- ☐ Nuit
- ☐ En semaine (lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi)
- ☐ En week-end (samedi et dimanche)
- ☐ Pendant les vacances scolaires
- ☐ Hors vacances scolaire
- ☐ Sur plusieurs jours

## Votre rôle d'aidant

**Pour nous, une formation pour aidants est un temps d'échange et d'apprentissage**

### **1- Ce qui vous intéresse dans une formation pour aidant :**

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Comprendre et mieux vivre son rôle d'aidant
- ☐ Echanges entre aidants
- ☐ Intervention par des professionnels sur des thématiques spécifiques
- ☐ Moments conviviaux (atelier bien être, café, repas partagé, sortie culturelle...)
- ☐ Autre : \_\_\_\_\_

### **2-Avez-vous besoin que quelqu'un s'occupe de votre proche pour pouvoir participer à une formation ?**

- ☐ Oui
- ☐ Non

### **3- Les moments les plus adaptés pour profiter d'un moment de formation :**

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Matin
- ☐ Après-midi
- ☐ Soirée
- ☐ En semaine (lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi)
- ☐ En week-end (samedi et dimanche)
- ☐ Pendant les vacances scolaires
- ☐ Hors vacances scolaire

## Plateforme de répit et d'aide aux aidants

**1- En tant qu'aidant, qu'attendez-vous d'un service d'aide aux aidants et au répit ?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**2- Ce qui rendrait ce service plus accessible pour vous ?**

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Des horaires élargis
- ☐ Des permanences proches de chez vous
- ☐ Des outils numériques simples (site, appli, messagerie)
- ☐ Une ligne téléphonique directe
- ☐ Autre: \_\_\_\_\_

**3- Comment préférez-vous recevoir des informations (actualités, formation, répit...) ?**

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ SMS
- ☐ Email / newsletter
- ☐ Réseaux sociaux
- ☐ Autre

**4- Pour avoir des informations concernant nos activités et celles de nos partenaires, vous pouvez vous transmettre vos contacts :**

- ☐ Mail : \_\_\_\_\_
- ☐ Téléphone: \_\_\_\_\_

**5- Nous souhaitons comprendre au mieux vos besoins. Vous pouvez donc nous partager ici vos suggestions ou vos questions :**

---

---

---

---

---

---

---

---