



QUESTIONNAIRE POUR CONNAITRE VOS BESOINS

Ce questionnaire est destiné à être complété par les personnes qui aident un proche en situation de dépendance. Les réponses nous permettront de mieux comprendre la perception qu'ont les aidants de leurs propres besoins et de développer des outils pour l'aide aux aidants, afin notamment de prévenir les situations de crise ou de détresse.

VOTRE SITUATION GENERALE

Sexe : H F

Age :

Commune/Ile :

1) Depuis combien de temps êtes-vous aidant ?

.....

2) La personne que vous aidez est votre :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> conjoint/conjointe | <input type="checkbox"/> Grand-père/Grand-mère |
| <input type="checkbox"/> Père/Mère | <input type="checkbox"/> Oncle/Tante |
| <input type="checkbox"/> Fils/Fille | <input type="checkbox"/> Cousin/cousine |
| <input type="checkbox"/> Frère/Sœur | <input type="checkbox"/> Autre ,précisez |
| <input type="checkbox"/> Beau-père/Belle-mère | |

3) Votre situation actuelle :

- En activité
 Retraite
 Sans emploi
 Autre, précisez

SITUATION DE LA PERSONNE AIDEE

Sexe : H F

Age de la personne aidée :

1) Où habite la personne que vous aidez ?

- seule chez elle Chez vous En unité de vie

2) Quelles sont les causes de la perte d'autonomie de la personne aidée ?

- Vieillesse Handicap Maladie

Précisez le type de handicap et/ou de maladie :

.....



- 3) Y a-t-il d'autres personnes, des professionnels qui interviennent auprès de la personne que vous aidez ?
- Aucun Famille,voisin,ami Aide à domicile Accueil de jour
 Infirmière Kiné
- Si oui combien de fois par semaine ?

QUELS SONT LES ACTES QUE VOUS FAITES VOUS-MEME AUPRES DE LA PERSONNE AIDEE ?

- 1) Aide à la personne :
- Lever, coucher Aide à la marche Aide à la prise de médicaments
- Habillage/Déshabillage Aide à la prise des repas Toilette, change
- 2) Des tâches ménagères :
- Ménage Repassage Entretien du linge
- Ma'a Courses
- 3) De l'accompagnement :
- Activités,jeux,lecture Gestion financière RDV extérieurs
- 4) A quel rythme soutenez-vous la personne aidée ?
- Tous les jours Le week-end Plusieurs fois par jour
- Du lundi au vendredi Plusieurs fois par semaine

LES DIFFICULTES QUE VOUS RENCONTREZ EN TANT QU'AIDANT

- Dans ma vie professionnelle Oui Non
- Dans ma vie familiale Oui Non
- Avec mes amis Oui Non
- Dans mes loisirs Oui Non
- Quelles difficultés ?
- Je manque d'information
- je me sens seul pour faire face au quotidien
- je suis coupé de l'extérieur
- je me sens fatigué et épuisé



- je ne suis pas reconnu par la personne que j'aide ou par les autres
- je dois faire des tâches qui ne me plaisent pas
- je manque de temps pour moi
- je me sens coupable
- les autres de la famille ne m'aident pas
- je m'inquiète des dépenses à venir
- je suis sans cesse responsable de la personne aidée
- je voudrais avoir une meilleure relation avec elle
- j'ai peur de demander de l'aide

AVEZ –VOUS L'IMPRESSION D'AVOIR SUFFISAMMENT D'INFORMATIONS SUR :

- La maladie, le handicap dont est atteint la personne que vous aidez ? Oui Non
- Les aides financières ? Oui Non

VOTRE BIEN –ETRE

Y a-t-il des propositions qui vous aideraient ?

- Participer à des formations Echanger avec d'autres aidants
- Mieux comprendre la maladie Avoir plus de temps pour vous
- Trouver des solutions pour faciliter votre quotidien

Ici mettez tout ce que vous souhaitez rajouter ou suggérer. Merci pour votre participation.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....