**Enquête pour connaître les besoins des aidants**

Karine DESBOIS, étudiante pour devenir directrice d’une structure médicosociale et en stage à l’EHPAD de Pleudihen-sur-Rance, vous propose de participer à une enquête qui l’aidera à étudier les besoins des personnes âgées  et des aidants au sein de notre territoire. L’objectif est de mieux vous connaître afin de réfléchir à des actions futures. Soyez remercier à l’avance pour le temps que vous allez y accorder.

L’aidant qui vient en aide à titre non professionnel auprès d’une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne remplit un rôle essentiel mais mal reconnu.

**1/ Votre commune de résidence**

□ Pleudihen/Rance   □ Saint-Hélen    □ La Vicomté/Rance)

□ Lanvallay  □ Evran    □ Les Champs Géraux

**2/** **Depuis combien de temps êtes-vous aidant ?**

 □ Moins d’un an □ Moins de 3 ans □ Moins de 5ans □ Plus de 5ans □ Plus longtemps

**3/ Vous êtes** : □ Un homme □ Une femme

**4/ Votre âge (facultatif)** : ……………..

**5/ Votre situation professionnelle :**

□ En activité □ Retraité(e) □ Au chômage □ Autre

Précisez : …………………………………………………………………………………

**6/ Votre situation familiale** :

□ Marié (e) ou en couple □ Veuf, veuve □ Célibataire

**7/ Avez-vous des enfants à charge ?** □ Oui □ Non

**8/ Conduisez-vous ?** □ Oui □ Non

**9/ La personne que vous aidez est un/une :**

□ Conjoint(e) □ Frère ou sœur □ Père ou mère □ Enfant

□ Autre □ (précisez)…………

**10/ Quel est son âge ?** ………………………

**11/ Où habite la personne que vous aidez ?**

□ A son domicile □ En établissement □ Chez vous-même □ En famille d’accueil

□ A quelle distance de votre domicile ? ……………………………………..

**12/Quelles sont les causes de la perte d’autonomie de la personne aidée ?**

 □ Vieillissement  □ Handicap □ Maladie

**12/ Connaissez-vous sa dépendance** : GIR…… (GIR de 1 à 6, si évalué par un médecin)

**13/ Y-a-t-il d’autres personnes, des professionnels ou des services qui interviennent auprès de la personne que vous aidez ?**

□ Aucun □ Famille, voisin, ami □ Bénévole, association □ Aide à domicile

□ Accueil de jour □ Accueil de nuit temporaire □ Assistante sociale

□ Etablissement □ Infirmière □ Portage de repas

□ Autres : ……………..

**Préciser : Combien de fois par semaine ?** …………………

 **Combien d’heures ?** ………………….

**14/Quelles aides ?**

□ Aux soins d’hygiène □ A la préparation des repas □ A la prise de repas

□ Pour faire les courses □ Pour le ménage □ Pour les démarches administratives

□ Soutien et compagnie □ Autres :…………………………….

**15/ Quels sont les actes que vous accomplissez vous-même auprès de la personne aidée ?**

 ● De l’aide à la personne  □ Oui □ Non

Si oui : □ Lever/Coucher □ Aide à la marche □ Aide à la prise de médicament

 □ Habillage/ Déshabillage □ Aide à la prise des repas □ Toilette/Change

 ● Des tâches ménagères : □ Oui □ Non

Si oui : □ Ménage □ Repassage □ Entretien du linge □ Cuisine □ Courses

 ● De l’accompagnement : □ Oui □ Non

Si oui : □ Activités, lecture, jeux □ Aide administrative, gestion financière □ RDV extérieurs

 ● A quel rythme soutenez-vous la personne aidée

□ Tous les jours □ Plusieurs fois par jour □ Le week-end

□ Toutes les semaines □ Du lundi au vendredi □ Plusieurs fois par semaine

● Ce soutien vous pèse-t-il :  □ Oui □ Non □ Parfois

**15/ Les difficultés que vous rencontrez en tant qu’aidant**:

Dans ma vie professionnelle : □ Oui □ Non □ Parfois

Dans ma vie familiale : □ Oui □ Non □ Parfois

Avec les amis : □ Oui □ Non □ Parfois

Dans mes loisirs : □ Oui □ Non □ Parfois

**Les raisons de ces difficultés ?**

□ Je me sens seul pour faire face au quotidien

□ Je suis coupé(e) de mes relations avec l’extérieur

□ Je me sens fatigué(e) et épuisé(e)

□ Je ne suis pas reconnu(e) par la personne que j’aide ou par les autres

□ Je dois faire des tâches qui me pèsent

□ J’ai une responsabilité lourde

□ Je manque de temps pour moi

□ Je ressens un sentiment de culpabilité

□ Je vis des conflits familiaux ou de voisinage

□ Je m’inquiète pour l’avenir

□ Je ne suis pas satisfait(e) des services apportés aux alentours

□ Je m’inquiète des charges financières actuelles et à venir

□ Autres (précisez) : ………………………

**16/ Avez-vous l’impression d’avoir suffisamment d’informations sur :**

● La maladie, le handicap, la dépendance dont est atteint votre proche  □ Oui □ Non

● Les organismes d’information voire de formation aux aidants familiaux □ Oui □ Non

● Vos droits en tant qu’aidant (retraite, congés, aides humaines…)  □ Oui □ Non

● L’adaptation possible du domicile de votre proche  □ Oui □ Non

● Les services d’aide à domicile ? □ Oui □ Non

● Portage des repas ? □ Oui □ Non

● Les aides techniques pour améliorer le quotidien (télé alarme…) ? □ Oui □ Non

● Les solutions de répit (Accueil de jour, Hébergement temporaire…)  □ Oui □ Non

● Les aides financières ? □ Oui □ Non

**17/ Y-a-t-il des propositions qui vous aideraient ?** *(plusieurs réponses possibles)*

□ Oui □ Non □ Je ne sais pas

● Avoir plus d’informations :

□ Sur les aides financières

 □ Sur les services à domicile

□ Sur les établissements

□ Sur le handicap

□ Sur la maladie

● Participer à :

□ Des ateliers de détente, de loisirs

□ Au groupe de paroles et d’échange entre aidants

□ Un cycle de formation pour mieux comprendre et accompagner la maladie

□ Des conférences débats

● Rencontrer pour partager leurs expériences

 □ D’autres aidants

 □ Des professionnels

 □ Une psychologue

 □ Un bénévole

 ● Autres :

□ Avoir du temps pour moi et ma famille

 □ Être plus ou mieux relayé

**18/ Votre bien-être :**

Souhaiteriez-vous que la personne aidée puisse être accueillie de temps en temps dans une structure d’accueil

En journée :  □ Oui □ Non □ Je ne sais pas

Durant la nuit : □ Oui □ Non □ Je ne sais pas

Gardez-vous du temps pour vous ? □ Oui □ Non □ Parfois

Aimeriez-vous avoir un lieu où vous pourriez :

Parler de votre rôle d’aidant □ Oui □ Non □ Je ne sais pas

Poser vos questions □ Oui □ Non □ Je ne sais pas

Vous informer □ Oui □ Non □ Je ne sais pas

Questionnaire à retourner à Karine DESBOIS, EHPAD de Pleudihen avant le 15 mai