

INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

1. A quelle date remplissez-vous ce questionnaire ? (JJ/MM/AAAA)/...../.....
2. Etes-vous ?
 - a. Une femme
 - b. Un homme
3. Quelle est votre année de naissance ?
4. Avez-vous des enfants ?
 - Non
 - Oui
 - a. Si oui, combien avez-vous d'enfants
 - b. Parmi vos enfants, combien ont moins de 18 ans ?
5. Quel est le code postal du lieu de votre résidence ?
6. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?
 - a. En activité (salarié(e), chef d'entreprise, étudiant(e)...)
 - b. Ne travaille pas (H/F au foyer, retraité(e), en incapacité ou arrêt maladie de longue durée...)
7. Quel est le revenu imposable mensuel de votre foyer ?
 - a. Moins de 800 €
 - b. Entre 800 € et 1 200 €
 - c. Entre 1 200 € et 1 800 €
 - d. Entre 1 800 € et 2 500 €
 - e. Entre 2 500 € et 3 800 €
 - f. Plus de 3 800 €
 - g. Je ne souhaite pas répondre

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE PROCHE AIDÉ(E)

8. Votre proche aidé(e) est ?
 - a. Une femme
 - b. Un homme
9. Quelle est son année de naissance ?
10. Habitez-vous dans le même foyer que votre proche aidé(e) ?
 - Oui
 - Non

Si non, quel est le code postal du lieu de résidence de votre proche aidé(e) :
11. Votre proche aidé(e) a-t-il(elle) des enfants ?
 - Non
 - Oui
 - a. Si oui, combien d'enfants a-t-il(elle) ?
 - b. Parmi ses enfants, combien ont moins de 18 ans ?
12. Quelle est la situation professionnelle actuelle de votre proche aidé(e) ?
 - a. En activité (salarié(e), chef d'entreprise, étudiant(e)...)
 - b. Ne travaille pas (H/F au foyer, retraité(e), en incapacité ou arrêt maladie de longue durée...)
13. Quelle est la date du diagnostic de la maladie de votre proche aidé(e) ? (MM/AAAA)/.....
14. Votre proche aidé(e) a-t-il(elle) recours à un service d'aide à la personne ?
 - Non
 - Oui

15. Votre proche aidé(e) a-t-il(elle) des troubles du comportements ?
Non
Oui
16. Votre proche aidé(e) a-t-il(elle) présente-il(elle) des douleurs ou a-t-il(elle) présenté des douleurs au cours du dernier mois ?
Non
Oui
17. A ce jour, que diriez-vous de votre proche aidé(e) ? *(une seule réponse possible)*
a. Il est autonome et peut presque tout faire seul
b. Il éprouve quelques difficultés et a besoin d'un peu d'aide au quotidien
c. Il éprouve de grandes difficultés et a besoin de beaucoup d'aide au quotidien

INFORMATIONS CONCERNANT LA RELATION AVEC VOTRE PROCHE AIDE(E)

18. Quel est votre lien avec votre proche aidé(e) ?
a. Je suis son père/sa mère
b. Je suis son(sa) conjoint(e) (époux, pacs, union libre)
c. Je suis son fils/sa fille
d. Je suis son frère/sa sœur
e. Si autre, veuillez préciser :
19. Depuis combien de temps aidez-vous votre proche ? *(une seule réponse possible)*
a. Moins de 3 mois
b. Entre 3 mois et 6 mois
c. Entre 6 mois et 1 an
d. Entre 1 an et 2 ans
e. Entre 2 ans et 3 ans
f. Entre 3 ans et 4 ans
g. Plus de 4 ans
20. Combien de temps consacrez-vous en moyenne à l'aide de votre proche ? *(une seule réponse possible)*
a. Moins de 10h par semaine (environ 1 à 2h par jour)
b. Entre 10 et 30h par semaine (environ 2 à 4h par jour)
c. Entre 30 et 60h par semaine (environ 4 à 8h par jour)
d. Plus de 60h par semaine (plus de 8h par jour)
21. Vous arrive-t-il de vous lever la nuit pour aider de votre proche ? *(une seule réponse possible)*
a. Jamais
b. Moins d'1 fois par semaine
c. Environ 1 fois par semaine
d. Toutes les nuits
22. Vous arrive-t-il de guider/former les professionnels à domicile ? *(une seule réponse possible)*
a. Non concerné
a. Jamais
b. Occasionnellement
c. Toujours
23. Participez-vous aux soins de votre proche aidé(e) ? *(une seule réponse possible)*
a. Jamais
b. Occasionnellement
c. Toujours
24. D'après vous, actuellement, êtes-vous le principal soutien de votre proche aidé(e) ?
Non
Oui

VOS ATTENTES ET VOS BESOINS

Pour chaque proposition ci-dessous, indiquez dans quelle mesure elle représente un impact dans votre vie.

1. Vos relations avec des professionnels et la coordination des soins de votre proche aidé(e)	Evaluation de l'impact du manque				
	Aucun	Minime	Modéré	Important	Extrême
a. A titre personnel, je manque de soutien de la part des professionnels en charge de la maladie de mon proche					
b. Je manque d'un professionnel référent sur lequel je puisse compter					
c. Je ne suis pas impliqué(e) dans le parcours de soins de mon proche et cela me manque					
d. Je manque de reconnaissance et d'intérêt de la part des professionnels					
2. Votre niveau d'information sur la maladie et sa prise en charge					
a. Je manque d'information pour bien comprendre la maladie de mon proche					
b. Je manque d'information pour bien comprendre les traitements de mon proche					
c. Je manque d'information pour bien comprendre les soins de mon proche					
d. Je manque d'information sur l'évolution de la maladie de mon proche					
e. Je manque d'information sur mes droits					
f. Je manque d'information sur les personnes ressources					
g. Je manque d'information concernant les services existants					
h. Je manque d'information concernant les équipements					
3. Votre état psychologique et celui de votre entourage					
a. Je manque d'encouragement, d'assurance et de positivité					
b. Je me sens stressé(e), angoissé(e) et/ou déprimé(e)					
c. J'ai besoin d'aide pour m'adapter à la situation et faire face aux imprévus					
d. J'ai besoin d'un accompagnement familial					
e. Mes amis et/ou ceux de mon proche ont besoin d'être accompagnés					

4. Votre identité et votre rôle d'aidant	Evaluation de l'impact du manque				
	Aucun	Minime	Modéré	Important	Extrême
a. J'ai du mal à considérer ma propre situation					
b. J'ai du mal à trouver ma juste place au sein de ma famille et mon réseau d'amis					
c. J'ai du mal à prendre des décisions en toute autonomie					
d. J'ai du mal à me sentir utile et productif(ve)					
5. Votre projection dans le futur					
a. J'ai peur de l'avenir					
b. Je manque d'accompagnement pour prendre des décisions quant à la sécurité future de mon proche					
c. Je manque de soutien pour pouvoir garder espoir					
6. Les actes de la vie quotidienne					
a. Je manque de compétences pour aider mon proche dans les actes de sa vie quotidienne (déplacements, habillage...)					
b. Je manque de compétences pour assurer les soins, gérer des traitements et les symptômes de mon proche					
c. Je manque de compétences pour gérer l'hygiène et les soins corporels de mon proche					
d. J'ai besoin d'aide pour entretenir convenablement le domicile					
e. J'ai besoin d'aide pour adapter le logement et l'environnement à la maladie de mon proche					
7. Vos relations avec les autres					
a. Je manque de soutien de ma famille et/ou d'autres pour aider mon proche					
b. J'ai besoin que d'autres personnes s'investissent régulièrement dans l'aide de mon proche					
c. J'ai besoin de rompre l'isolement dans lequel je suis vis-à-vis des autres					
d. Je souhaite être en lien avec d'autres personnes dans la même situation que moi					
e. Je souhaite participer à des groupes de soutien					
8. Vos relations avec votre proche aidé					
a. J'ai besoin d'aide pour mieux gérer les émotions de mon proche					

9. Votre accès aux services dédiés	Evaluation de l'impact du manque				
	Aucun	Minime	Modéré	Important	Extrême
a. Je manque de services adaptés					
b. J'ai besoin d'aide pour accomplir les démarches administratives					
c. J'ai besoin d'aide pour prendre des rendez-vous					
d. J'ai besoin d'aide pour accéder aux services					
10. Vos finances, votre protection sociale					
a. J'ai besoin d'un soutien financier					
b. J'ai besoin d'une aide de la part des organismes de protection sociale					
11. Votre santé					
a. Je fais passer ma propre santé au second plan					
b. Je manque de dispositif de bien-être (activité physique, nutrition...)					
c. Je manque de sommeil					
12. Votre ressourcement					
a. Je manque d'activités culturelles					
b. Je manque de loisirs qui soient adaptés à mon proche et moi					
c. Je manque de solutions qui me permettent de me ressourcer en journée					
d. Je manque de solutions qui me permettent de me ressourcer la nuit					
e. Je manque de solutions qui me permettent, à mon proche et moi, de partir en vacances					
<i>A remplir uniquement si vous êtes en activité professionnelle :</i>					
13. La conciliation de votre privée et de votre vie professionnelle					
a. J'ai besoin d'aide pour concilier ma vie privée et ma vie professionnelle					

Merci pour le temps que vous nous avez accordé afin de remplir ce questionnaire.

Si vous avez des remarques ou si vous estimez qu'il est important pour vous de porter à notre connaissance un élément qui n'a pas été abordé dans ce questionnaire, vous avez la possibilité de l'écrire ici :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pour **recevoir des informations** en lien avec cette enquête et/ou sur les actions mises en place à l'attention des proches aidants par le CMGR, **transmettez-nous vos coordonnées** par mail (aidants@cmgr.fr) ou par voie postale (CMGR - Dispositif d'accompagnement des aidants - 707 route de la Condamine - St Maurice sur Dargoire - 69440 CHABANIERE).

✂-----
COUPON - REPONSE

Je souhaite recevoir les informations en lien avec l'enquête proposée par la Fondation Germaine REVEL :

OUI NON

Je souhaite être informé(e) des actions mises en place à l'attention des proches aidants :

OUI NON

Mes coordonnées :

Nom : Numéro de tel :

Prénom : Mail :

Adresse :

Date :/...../.....

Signature :