

Enquête à l'intention des familles d'enfants handicapés ou d'enfants malades très dépendants

Objet : Besoins et conditions de prises en charge à domicile pour soulager les familles.

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire se propose de recueillir vos besoins et vos réflexions pour vous permettre d'accéder à quelques moments de répit.

Son objectif est de permettre, d'une part la définition d'un Service adapté aux besoins des parents (service de garde et d'accompagnement ponctuel à domicile sur la zone du Grand Lyon), et d'autre part de composer l'argumentaire pour la promotion d'un tel Service auprès des autorités d'agrément.

Ce projet, issu de la collaboration de plusieurs associations du Grand Lyon a été matérialisé par la création de l'association *Parent-aise* qui sera entièrement dédiée à la gestion de ce Service.

Nous vous remercions vivement de votre participation, et vous invitons à retourner ce questionnaire à l'adresse suivante: Association Parent-aise, c/o Une souris verte..., 279-281 Rue André Philip, 75003 Lyon ou de l'envoyer à l'adresse suivante: serviceparentaise@gmail.com.

Ce questionnaire est au choix anonyme ou personnalisé.

Votre enfant

1. Quel âge a-t-il ?

2. Combien a-t-il de frères et sœurs? De quel âge?.....

.....

3. Quel est son niveau d'autonomie? (marche, communication, hygiène, alimentation, etc.)

.....

.....

.....

4. Fréquente-t-il un établissement (de jour, de nuit, temporaire)? Avec quel fréquence?

.....

.....

.....

Vos aides actuelles pour la prise en charge de votre enfant à domicile

.....

.....

5. Avez vous de l'aide concernant la vie de votre enfant apportée par :

un membre de votre famille un ami ou une amie bénévole salarié(e)

une organisation (association, société d'aide à domicile...)

autre

non

7. Quand ces aides sont-elles apportées?

pendant les périodes scolaires régulièrement occasionnellement
exceptionnellement

pendant les vacances scolaires régulièrement occasionnellement
exceptionnellement

Précisez

.....

.....

8. Sous quelle forme ces aides sont-elles apportées? (garde simple, médicalisée...)

.....

.....

9. Rencontrez-vous des difficultés pour avoir ces aides?

non oui, quelle est la nature des difficultés ?

recrutement compétences de l'aidant stabilité de l'aide

le coût de l'aide épuisement de l'aidant ? autres :

Précisez si besoin

.....

10. Les raisons pour lesquelles vous faites appel à de l'aide ?

exercer une activité professionnelle avoir des activités et des loisirs à l'extérieur

vous occuper de vos autres enfants

faire face ponctuellement à des urgences avoir une nuit de sommeil complète ?

autres

Précisez si besoin

.....

11. Ces aides correspondent-t-elles à vos besoins? oui non, pouvez-vous préciser .

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

12. En cas de besoin de dépannage ou d'urgence, votre enfant a-t-il été confié à une personne hors de l'environnement familial. Si oui comment réagit-il ?

.....
.....

Vos besoins de répit

13. Souhaiteriez vous quelquefois une prise en charge à domicile de votre enfant? (aller au restaurant, vous occuper de la fratrie, etc.....

.....

14. Quels sont les moments qui vous intéresseraient le plus ?

(cochez la ou les mentions et donnez si possible une approximation de durée et de fréquence mensuelle)

- en soirée Combien d'heures..... Combien de fois par mois.....
- en après-midi Combien d'heures..... Combien de fois par mois.....
- en journée complète Combien d'heures..... Combien de fois par mois.....
- en week-end A quels moments..... Combien de fois par mois.....
- autres

15. Quel coût serait supportable par la famille pour un service de répit? (par heure)

.....

Accompagnement de votre enfant pendant votre moment de répit ?

16. Quels sont les gestes médicalisés à réaliser pendant votre absence? (gestes que vous pratiquez vous mêmes habituellement sans l'aide de professionnels: prise de médicaments, soins, appareillage, contrôle de fonctions, etc.)

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

17. Quels sont les besoins d'accompagnement non médicalisés? (gestes courants de la vie quotidienne: alimentation, hygiène corporelle, habillage, manutention, etc.)

.....

.....
18. L'enfant a-t-il des troubles du comportement ou des troubles de la relation

.....
.....
19. Autres besoins d'accompagnement?

.....
20. Quelles sont les personnes que vous souhaitez pour l'accompagnement de votre enfant?
 Personnel médical (infirmières, puéricultrices) personnel éducatif spécialisé handicap
 Personnel non spécialisé mais formé aux gestes nécessaires
 autre

Qui remplit ce questionnaire ?

Père Mère Autres (à préciser) :

Votre situation familiale

Votre famille est composée de un adulte deux adultes

Exercez-vous une profession? (non, temps partiel, temps plein, etc.)

.....
Votre conjoint exerce-t-il une profession?

.....
Code postal de votre lieu de résidence

Votre identité (facultatif) ?

NOM et Prénom (facultatif) e-mail (facultatif)

Adresse (facultatif)

Merci beaucoup pour votre réponse.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce questionnaire ou pour plus de renseignements sur notre service: David Blanc chargé de mission, Parent-aise, serviceparentaise@gmail.com