

# Diagnostic des besoins et de l'offre existante de soutien en faveur des aidant-es de personnes en situation de handicap sur le département de la Haute-Garonne

## Etude sur le soutien des aidant-es en Haute-Garonne

Vous êtes un·e aidant·e d'une personne en situation de handicap : le Conseil départemental de la Haute-Garonne vous propose de participer à une étude pour connaître vos besoins et vos attentes à propos de l'aide que vous apportez à votre proche. Les réponses apportées permettront de diagnostiquer les besoins et l'offre qui existent actuellement en faveur des aidants à domicile. Ces réponses ne seront pas utilisées pour d'autres finalités.

Le temps de réponse à ce questionnaire est d'environ 15 minutes. Nous vous remercions d'avance de votre contribution à ces travaux.

*Aidant·e, qu'est-ce que ça veut dire ? Nous entendons comme aidant ou aidante toute personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne du fait de son handicap.*

## En préalable, à propos de vos données personnelles

En répondant au questionnaire, vous acceptez de participer à l'étude auprès des aidant·es des personnes en situation de handicap.

Nous ne vous demandons pas votre nom et/ou vos coordonnées de contact, mais le nombre et la nature des questions peuvent permettre de vous réidentifier. En conséquence, vous ne pouvez répondre à cette étude que si vous acceptez que le Conseil départemental de la Haute-Garonne traite vos données personnelles issues des réponses au questionnaire.

En cochant la case « *Oui, j'accepte* », vous déclarez avoir pris connaissance de la Charte de protection des données personnelles de cette même étude, consultable et téléchargeable via le lien suivant <https://online.fliphtml5.com/jrfhh/opsf/> et vous acceptez le traitement de vos données personnelles.

Si vous n'acceptez pas cela, vous ne pourrez pas répondre à l'étude.

Oui, j'accepte.     Non, je n'accepte pas.

**Pour plus d'informations sur vos données personnelles.** Cette étude est réalisée par le Conseil départemental de la Haute-Garonne, organisée par sa Direction Séniors et Personnes en situation de Handicap et menée avec l'aide du cabinet Asdo études. Elle vise à diagnostiquer les besoins et l'offre existante de soutien en faveur des aidant·es auprès de personnes en situation de handicap sur le département de la Haute-Garonne. Les données recueillies dans ce questionnaire seront utilisées uniquement dans le cadre de cette étude. Les réponses seront analysées pour rédiger un rapport de diagnostic qui ne contiendra que des données statistiques et anonymisées.

Les répondant·es qui le souhaitent pourront être contacté·es par le Conseil départemental afin de mener un entretien individuel. Cet entretien sera mené par téléphone ou par visioconférence ; il permettra de mieux comprendre votre situation afin d'affiner la rédaction du rapport de diagnostic. Si vous acceptez d'être contacté·e, nous vous demanderons d'indiquer vos nom et coordonnées à l'issue du questionnaire.

Toutes les réponses au questionnaire seront conservées de manière strictement confidentielle et sécurisée. Elles seront anonymisées neuf (9) mois après la clôture de l'enquête.

Pour toute demande concernant le traitement de vos données personnelles et/ou pour l'exercice de vos droits à la protection de ces mêmes données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données du Conseil départemental de la Haute-Garonne : [dpd.haute-garonne@cd31.fr](mailto:dpd.haute-garonne@cd31.fr) – 07-85-46-79-97.

## La personne que vous aidez

### 1. La personne en situation de handicap que vous aidez régulièrement est:

- Un·e enfant / adolescent·e en situation de handicap âgé·e de moins de 18 ans
- Un·e adulte en situation de handicap âgé·e de 18 à 59 ans
- Un·e adulte en situation de handicap âgé·e de 60 ans et plus

### 2. Quel est son âge ? : .....

- Conjoint.e
- Frère ou sœur
- Père ou mère
- Enfant
- Autre

Si 'Autre' précisez : .....

### 3. Quel est votre lien avec elle ?

- Conjoint.e
- Frère/sœur
- Père/mère
- Enfant
- Ami.e
- Autre membre de la famille
- Voisin.e
- Autre

Si 'Autre' précisez : .....

### 4. Cette personne est-elle... Une femme Un homme Autre

### 5. Où habite-t-elle ? Indiquez son code postal : .....

### 6. Où vit la personne aidée ?

- A son domicile
- En foyer de vie ou foyer d'hébergement
- En foyer d'accueil médicalisé
- A votre domicile
- Chez un autre membre de la famille
- En famille agréée
- En EPHAD
- Autre- Si 'Autre' précisez : .....

### 7. Quel type de handicap a la personne que vous aidez ?

- Sensoriel (troubles de la vue et de l'audition)
- Moteur (mobilité et motricité)
- Mental (trouble du développement intellectuel...)
- Psychique (dépression, anxiété...)
- Troubles du Neuro-Développement (TND) (ex : trouble du spectre autistique, troubles spécifiques des apprentissages DYS, troubles du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH))
- Polyhandicap
- Maladie invalidante ou maladie chronique évolutive
- Diagnostic en cours
- Autre- Si 'Autre' précisez : .....

## 8. Quel est le niveau d'autonomie et le besoin d'accompagnement de la personne que vous aidez ?

- Autonomie correcte au niveau du quotidien.** Besoin d'une présence discrète notamment sur la gestion de l'argent et de l'imprévu. Besoin d'accompagnement pour développer l'autonomie et pour mener des tâches complexes (planification...). Compréhension, communication et comportements adaptés.
- Autonomie relative, besoin d'un accompagnement actif.** Aide partielle ou guidance verbale pour les gestes de la vie quotidienne, rappel des consignes. Compréhension d'instructions simples. Apprentissages souvent longs et répétés. Expression verbale mais vocabulaire limité. Comportements parfois ritualisés. La personne a besoin d'être sécurisée et d'être accompagnée pour développer des relations en dehors du cercle proche et pour intégrer les codes sociaux.
- Accompagnement rapproché et constant 24h/24, parfois besoin de matériels appropriés.** Besoin de surveillance. Aide effective pour la plupart ou pour la totalité des gestes de la vie quotidienne. Présence active pour permettre la compréhension et l'expression de la personne. Communication verbale et non verbale limitée. Nécessité de prévenir et gérer parfois des comportements instables, atypiques et/ou problématiques.

## 9. Dans les décisions importantes concernant son quotidien (soins, activités, organisation de la journée, lieu de vie...), la personne que vous accompagnez exprime-t-elle clairement ce qu'elle souhaite et ne souhaite pas ?

- Oui tout à fait    Plutôt oui    Plutôt non    Non, pas du tout

## 10. A quelle période de sa vie le handicap de la personne que vous aidez a été identifiée / est apparu ?

- Dès sa naissance
- Pendant l'enfance
- Pendant l'adolescence
- A l'âge adulte
- Je ne sais pas

## 11. (Si enfant/adolescent) Si cette personne est un.e enfant ou un.e adolescent en situation de handicap, est-il.elle scolarisé.e ?

- Oui, à plein temps
- Oui, à temps partiel
- Non (choix, en attente de place dans un établissement scolaire...)
- Ne sais pas

## 12. (Si scolarisé) Si oui, dans quel cadre ?

- Dans un établissement scolaire ordinaire, en classe ordinaire, avec un·e accompagnant·e d'élève en situation de handicap (AESH)
- Dans un établissement scolaire ordinaire, en classe ordinaire, dans l'attente de l'arrivée d'un·e AESH (droit accordé)
- Dans un établissement scolaire ordinaire, en classe ordinaire sans AESH
- Dans un établissement scolaire ordinaire, dans une unité spécialisée (ULIS)
- Dans un établissement spécialisée (unité d'enseignement – UE)
- Ne sais pas

## 13. (Si enfant/adolescent) Participe-t-il.elle a des activités périscolaire ?

- Restauration scolaire
- Temps d'activité périscolaire (TAP)
- Etude ou goûter
- Centre de loisir à parité municipal (CLAP)
- Centre de loisirs associatif
- Séjour de vacances
- Aucune de ces activités
- Ne sait pas

## 14. (Si adulte) Participe-t-il.elle a des activités périscolaire ?

- Oui, en milieu ordinaire, sans accompagnement au maintien dans l'emploi
- Oui, en milieu ordinaire, avec accompagnement au maintien dans l'emploi
- Oui, en milieu protégé (établissement spécialisé d'aide par le travail- ESAT)
- Non
- Ne sait pas

## 15. (Si oui, si travaille) A quel rythme travaille-t-elle ?

- A temps plein
- A temps partiel
- Ne sait pas

## 16. Cette personne est-elle accueillie dans un établissement (ESSMS) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

## 17. (Si oui) Lequel ou lesquels ?

- Accueil de jour
- Accueil permanent (internat, EPHAD, etc.)
- Accueil temporaire (répit, week-end, vacances)
- Autre, précisez \_\_\_\_\_
- Ne sait pas

**18. Cette personne bénéficie-t-elle d'un service à domicile (aide à domicile, soins, éducation, etc.)**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**19. Cette personne bénéficie-t-elle d'allocations ou prestations financières en raison de son handicap ?**

- Oui, prestation de compensation du handicap (PCH)
- Oui, l'allocation adultes handicapés (AAH)
- Oui, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)
- Oui, l'aide sociale à l'hébergement (ASH)
- Oui, l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP)
- Oui, l'allocation compensatrice frais professionnels (ACFP)
- Autre aide ou prestation, précisez : \_\_\_\_\_
- Non
- Ne sait pas

**20. Cette personne se trouve-t-elle dans l'attente d'une ouverture de droits ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**21. (Si oui) Lequel ?**

- En attente d'une reconnaissance administrative du handicap (MDPH)
- En attente de l'instruction de son dossier
- Autre aide ou prestation, précisez : \_\_\_\_\_
- Ne sait pas

**22. Cette personne se trouve-t-elle dans l'attente d'une prise en charge ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**23. (Si oui) Pouvez-vous préciser sa situation ?**

- En attente de diagnostic
- En attente de prise en charge médicale
- En liste d'attente d'une place en établissement ou service
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_
- Ne sait pas

**24. (Si adulte) Cette personne est-elle concernée par une mesure de protection juridique des majeurs (ex : tutelle, curatelle...) ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**25. (Si oui) Laquelle ?**

- Sauvegarde de justice
- Curatelle
- Tutelle
- Habitation familiale
- Autre

**26. (Si oui) Qui est la personne qui gère cette mesure ?**

- Moi-même
- L'un de vos parents
- L'un de vos autres frères/sœurs
- Un mandataire judiciaire professionnel
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

## L'aide que vous apportez à la personne accompagnée

### 27. Quels types d'accompagnement apportez-vous à la personne aidée ?

- Aide administrative et numérique (accès aux droits, démarches)
- Gestion budgétaire
- Soins (par ex : prise de médicaments, réfection de pansement...)
- Accompagnement à des rendez-vous (médicaux, établissement d'accueil ou autres)
- Actes essentiels de la vie quotidienne (hygiène, habillage, repas, préparation et/ou aide à la prise de repas)
- Soutien au quotidien (ménage, transports, courses...)
- Hébergement
- Activités de loisirs
- Coordination et/ou suivi auprès des professionnels qui l'accompagnent
- Soutien moral et émotionnel
- Soutien financier
- Sociabilité : visites, contribution à des événements (par ex : événements organisés par son établissement)
- Assurer une présence, une compagnie, une surveillance
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

### 28. A quelle fréquence vous occupez-vous de cette personne ?

- Tous les jours, 24h sur 24
- Tous les jours, quelques heures par jour
- Plusieurs jours par semaine
- Une fois par semaine
- Une à deux fois par mois
- Moins d'une fois par mois

### 29. Depuis combien de temps apportez-vous une aide à cette personne ?

- Moins d'un an
- Un an
- Entre un et deux ans
- Entre deux et cinq ans
- Entre cinq et dix ans
- Plus de dix ans

### 30. L'aide que vous apportez a-t-elle évolué dans le temps ?

- Oui
- Non

**31. (Si oui) A quels niveaux ?**

- Fréquence
- Nombre d'heures
- Type d'aide
- Autre, précisez \_\_\_\_\_

**32. D'autres membres de la famille ou de l'entourage interviennent-ils·elles auprès de la personne aidée**

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Assez souvent
- Très souvent

**33. S'il vous arrive de ne pas être disponible, pouvez-vous compter sur une autre personne pour vous remplacer ?**

- Jamais
- Rarement
- Occasionnellement
- Assez souvent
- Très souvent

**34. Des professionnel·les interviennent-ils·elles dans la prise en charge de la personne aidée ?**

- Oui, des professionnel·les de l'aide à domicile (aide à domicile, auxiliaire de vie, portage de repas, etc.)
- Oui, des professionnel·les du soin / milieu médical (infirmier·e, médecin, SSIAD, aide-soignant·e etc.)
- Oui, d'autres professionnel·les paramédicaux (kiné, psychomotricien·ne, etc.)
- Oui, autre, précisez : \_\_\_\_\_
- Non, aucune professionnel·le n'intervient

**35. (Si oui) En termes de services disponible, avez-vous eu des difficultés à trouver cet accompagnement ?**

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

**36. (Si oui) Avez-vous eu des difficultés d'accès à l'information pour trouver cet accompagnement ?**

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

**37. (Si oui) Dans l'ensemble, à quelle fréquence les professionnel·les interviennent-ils·elles auprès de la personne aidée ?**

- Plusieurs fois par jour
- Une fois par jour
- Plusieurs fois par semaine (mais pas tous les jours)
- Une fois par semaine ou moins

**38. (Si oui) Globalement être vous satisfait·e de la qualité de cette aide, en termes de...**

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout
Fréquence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordination avec vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coordination entre professionnel·les	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**39. (Si aucun professionnel n'intervient) Si aucun professionnel·le n'intervient, souhaiteriez-vous que cela soit le cas ?**

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

**40. Percevez-vous une allocation, un dédommagement ou une rémunération pour l'aide apportée ?**

- Oui, l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)
- Oui, la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
- Oui, votre proche prend en charge cette compensation/rémunération
- Oui, l'allocation Journalière pour les Proches Aidants (AJPA)
- Oui, autre, précisez \_\_\_\_\_
- Non
- Ne sait pas

**41. Percevez-vous des droits spécifiques tels que « le congé du proche aidant » pour l'aide apportée ?**

- Oui, le congé du proche aidant
- Oui, autre, précisez \_\_\_\_\_
- Non
- Ne sait pas

## Votre vie d'aidant·e

### 42. Pour vous, l'aide que vous apportez a plutôt été...

- Un choix
- Un devoir
- Une obligation
- Une contrainte
- Je ne sais pas
- Autre, précisez \_\_\_\_\_

### 43. Comment percevez-vous votre engagement ?

- Léger
- Moyen
- Lourd
- Très lourd
- Ne sait pas
- Autre, précisez \_\_\_\_\_

### 44. Votre engagement a-t-il eu ou a-t-il des conséquences négatives sur...

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout
Votre vie professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre scolarité ou vos études	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre vie de famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le temps consacré à vos amis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le temps consacré à vos loisirs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le temps consacré à vous-même (détente, repos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La relation avec la personne que vous aidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre situation financière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**45. (Si conséquences sur la vie professionnelle) Quelles conséquences votre engagement a-t-il eu sur votre vie professionnelle ?**

- J'ai dû réduire mon temps de travail
- J'ai aménagé mes horaires de travail
- J'ai été contraint·e d'arrêter de travailler
- J'ai été en arrêt maladie
- J'ai choisi d'arrêter de travailler
- J'ai dû changer d'emploi
- J'ai effectué une reconversion professionnelle (formation, changement de métier, création d'entreprise ou d'association...)
- J'ai demandé une mutation
- J'ai demandé une disponibilité
- J'ai perdu mon emploi
- Aucune incidence
- Autre, précisez \_\_\_\_\_

**46. Quelles conséquences votre engagement a-t-il eu sur votre scolarité ou vos études ?**

- J'ai dû aménager mes horaires de scolarité/études
- J'ai eu une baisse dans mes résultats scolaires/études
- J'ai dû reporter ma scolarité / mes études
- J'ai été contraint·e d'arrêter ma scolarité/mes études
- J'ai dû me réorienter
- Autre, précisez \_\_\_\_\_

**47. (Si conséquences sur votre état de santé) Quelles conséquences votre engagement a-t-il eu sur votre santé ?**

- Troubles du sommeil
- Fatigue morale
- Sentiment de solitude
- Sentiment d'être déprimé.e
- Sentiment d'anxiété, de stress, de surmenage
- Douleurs physiques (mal de dos, etc.)
- Pathologie déclarée et/ou chronique
- Report de soins médicaux
- Autre, précisez \_\_\_\_\_

## 48. Au cours de votre expérience, avez-vous été confronté·e aux difficultés suivantes

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout
Le manque d'accès à l'information (solutions, aides existantes, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La complexité des démarches administratives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le sentiment d'être seul·e pour faire face au quotidien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque de reconnaissance de l'aide que vous apportez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le sentiment de vous isoler, de vous couper de vos relations sociales habituelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un sentiment d'épuisement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque de temps personnel, de répit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des difficultés à concilier votre vie professionnelle avec la prise en charge de votre proche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un manque d'accompagnement à l'annonce du diagnostic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des difficultés de mobilité par manque de modalités de transport adaptées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque d'activités pour la personne aidée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La peur de l'avenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



### 50. Vous reconnaissez-vous aujourd'hui dans ce terme de aidant·e

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne sait pas

### 51. Avez-vous le sentiment qu'il existe autour de vous des actions de soutien aux aidant·es ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne sait pas

### 52. Vous êtes-vous déjà renseigné·e sur les aides existantes pour les aidant·es ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne sait pas

### 53. (Si oui) Avez-vous trouvé facilement des informations ?

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne sait pas

### 54. Quelles sont vos sources d'informations principales en tant qu'aidant·e ?

- Professionnel·les de santé (médecin traitant, infirmier·e...)
- Mon entourage
- Secteur associatif
- Département (MDS, MDP...)
- Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)
- Caisse des Allocations Familiales (CAF)
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
- Plateforme d'accompagnement et de répit (PFR)
- Internet & réseaux sociaux
- Espaces France Service
- Je ne sais pas
- Autre, précisez \_\_\_\_\_

**55. Avez-vous déjà eu l'occasion d'échanger avec une association et/ou un professionnel-le de votre situation et de votre expérience en tant qu'aidant-e ?**

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne sait pas

**56. (Si oui) Pensez-vous que vos besoins en tant qu'aidant-e ont été bien évalués ?**

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne sait pas

**57. (Si oui) A-t-on su vous orienter ?**

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne sait pas

**58. Quelles sont les entités par lesquelles vous avez déjà été soutenus en tant qu'aidant ?**

- Une structure/association d'aide aux aidants
- Une structure/association accompagnant votre proche (accueil de jour, hébergement temporaire, etc.)
- Une Maison Départementale des Solidarités (MDS)
- Un Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale (CCAS ou CIAS)
- La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
- Une Communauté 360 (structuration d'un réseau de professionnels soutenant les parcours de vie des personnes)
- Un dispositif d'accueil et de coordination (DAC)
- Ma boussole aidant
- Une plateforme d'accompagnement et de répit
- Autre, précisez \_\_\_\_\_
- Aucune structure

**59. Si structure/association d'aide aux aidants] Pouvez-vous préciser laquelle ou lesquelles ?**

.....

.....

**60. (Si oui) A-t-on su vous orienter ?**

- Groupe de parole
- Accompagnement psychologique individuel
- Accompagnement psychologique collectif
- Accompagnement administratif (accès aux droits, démarches administratives)
- Formation pour les aidant·es
- Actions de prévention et de sensibilisation
- Répit (accueil de jour, hébergement temporaire, présence de quelques heures d'auxiliaire de vie auprès de l'aidé, séjour et vacances...)
- Autre, précisez \_\_\_\_\_
- Je n'ai jamais bénéficié de ce type d'action.

**61. (Si a bénéficié d'actions) Pouvez-vous nous préciser la nature de ces actions auxquelles vous avez participé ?**

.....

**62. (Si a bénéficié d'actions) Avez-vous été satisfait·e de ces actions ?**

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne sait pas

**63. Si a bénéficié d'actions] Comment pourrait-on améliorer ces actions selon vous ?**

.....

**64. (Si a bénéficié d'actions) Avez-vous été satisfait·e de ces actions ?**

- Je ne me sens pas concerné·e
- Les aides proposées ne correspondent pas à mes besoins
- Les horaires, le fonctionnement ne coïncident pas avec mon emploi du temps
- L'accessibilité (éloignement du domicile, temps de trajet, complexité des transports)
- Je ne me sens pas à l'aise ou à ma place
- Je dois régler en priorité les problèmes de la personne que j'aide avant de penser à moi
- Je ne connais personne pour me remplacer auprès de la personne aidée
- Je n'ai pas les moyens financiers pour être remplacé auprès de la personne aidée
- Je ne connais pas les démarches à effectuer pour être remplacé·e
- Je ne veux pas que quelqu'un d'autre me remplace auprès de la personne aidée
- La personne que j'aide refuse l'intervention d'une autre personne que moi
- Autre, précisez \_\_\_\_\_
- Ne sait pas

**65. Aujourd'hui, quels besoins prioritaires avez-vous en tant qu'aidant-e ? Indiquez les cinq besoins prioritaires, par ordre d'importance (Priorisation par ordre d'importance)**

- D'être relayé-e pour pouvoir prendre des vacances, des week-ends
- D'être relayé-e pour avoir plus de temps libre au quotidien (activités personnelles, sociabilité, rendez-vous médicaux...)
- D'être relayé-e pour poursuivre mon activité professionnelle
- D'être accompagné-e pour le soutien à domicile (professionnel·les, adaptation du domicile...)
- D'avoir plus de solutions en établissement (accueil de jour, hébergement)
- De suivre une formation sur le rôle d'aidant-e
- D'avoir un accompagnement psychologique
- D'être informé-e sur les dispositifs ou services existants
- D'être aidé-e dans la mise en place des aides et services ou pour les démarches administratives
- D'être aidé-e dans la coordination des différents services en place et pour les différents rendez-vous
- D'être accompagné-e par rapport au handicap de mon proche (connaissance du handicap et de son évolution)
- D'une aide financière
- De faciliter la mobilité de mon proche (transports adaptés)
- D'avoir un meilleur accès aux loisirs et activités pour mon proche
- D'avoir plus de temps de loisirs aidant-e-aidé-e
- De préparer le relai quand je n'aurai plus la capacité d'aider mon proche
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_
- Pas besoin

**66. D'une manière générale, comment préférez-vous être informé-e ? (Trois réponses maximum)**

- Accueil physique
- Téléphone
- Mail
- Site internet
- Réseaux sociaux
- Supports papier (plaquettes, guides)
- Réunions collectives
- Webinaires
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**67. Souhaitez-vous nous en dire plus sur les actions à mettre en place pour les aidant-es de personnes en situation de handicap ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Quelques questions pour finir

### 68. Vous êtes :

- Une femme
- Un homme
- Autre

### 69. Quel âge avez-vous ? \_\_\_\_\_

### 70. Indiquez votre code postal : \_\_\_\_\_

### 71. Vous résidez dans...

- Une grande ville (plus de 100 000 habitants)
- Une ville moyenne (de 20 000 à 100 000 habitants)
- Une petite ville (de 2 000 à 20 000 habitants)
- Un bourg ou village rural proche d'une ville (zone périurbaine, sous influence d'un pôle urbain)
- Un village ou une commune rurale éloignée des villes (zone rurale autonome, hors influence urbaine)
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

### 72. Quel est votre niveau de diplôme ?

- Aucun diplôme ou certificat d'études primaires
- Brevet des collèges
- CAP, BEP, ou équivalent
- Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent
- Diplôme du supérieur, niveau bac+1 ou bac+2
- Diplôme du supérieur, niveau bac+3 et plus

### 73. Quelle est votre catégorie socio professionnelle ?

- Vous êtes en emploi (y compris congé maternité)
- Vous êtes en recherche d'emploi (inscrit ou non à France Travail)
- Vous êtes en formation
- Vous êtes étudiant.e
- Vous êtes retraité.e
- Vous êtes dans une autre situation (au foyer, invalide, etc.)

### 74. Quelle est votre catégorie socio professionnelle ?

- Agriculteur exploitant
- Artisans, commerçant, chef d'entreprise, indépendant
- Cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin, profession libérale
- Employé
- Ouvrier
- Aucune
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**75. Vous êtes :**

- Célibataire
- En couple
- Je ne souhaite pas répondre

**76. Avez-vous des enfants de moins de 25 ans à charge (y compris l'enfant en situation de handicap que vous aidez le cas échéant) ?**

- Oui
- Non

**77. (Si oui) Combien ? \_\_\_\_\_**

**78. Êtes-vous, vous-même, en situation de handicap, d'invalidité ou de perte d'autonomie ?**

- Oui
- Non
- Je ne souhaite pas répondre

**79. Avec qui vivez-vous actuellement dans votre logement principal ?**

- Je vis seul.e
- Je vis en couple sans enfant
- Je vis en couple avec enfant(s)
- Je vis en famille monoparentale (parent seul avec enfant(s))
- Je vis en colocation
- Je vis avec d'autres membres de ma famille (parents, frères/sœurs, grands-parents...)
- Autre situation

**80. Actuellement, quelle est votre situation financière ?**

- Les fins de mois sont difficiles
- Ma situation est correcte
- Ma situation financière est confortable
- Je ne souhaite pas répondre

**81. Vous considérez-vous comme aidant·e auprès d'autres personnes ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

En nous communiquant vos coordonnées (Nom et prénom, adresse postale, adresse mail, numéro de téléphone), vous acceptez d'être contacté pour participer à un entretien individuel qui vous sera éventuellement proposé dans le cadre de l'étude auprès des aidant(e)s des personnes en situation de handicap.

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

**Nous vous remercions vivement pour votre participation à cette enquête.**

Enquête à retourner à l'adresse suivante :

**Conseil départemental de la Haute-Garonne**

**DSPH – PISA**

**QUESTIONNAIRE AIDANTS**

**1, boulevard de la Marquette 31090 Toulouse Cedex 9**

