

Enquête auprès des aidants familiaux de personnes touchées d'une maladie neurodégénérative vivant à domicile.

Ce questionnaire est à retourner avant le 15 janvier 2024 à l'adresse suivante :

MARPA – La Chènevière

250, rue Prévert

01000 Saint Denis-lès-Bourg

## RENSEIGNEMENTS

### Vous êtes :

- une homme
- une femme

### Vous habitez :

- avec la personne que vous aidez
- seul(e)
- en couple sans enfant
- en couple avec enfant(s)
- autre précisez :

### Combien de temps sépare le lieu de vie de la personne aidée de votre domicile ?

- même domicile
- à moins d'¼ d'heure
- entre ¼ d'heure et ½ heure
- entre ½ heure et une heure
- à plus d'une heure

### Quel âge avez-vous ?

.....

### Lien de parenté avec l'aidé :

- le/la conjoint(e)
- un frère / une sœur
- un enfant
- un voisin
- autre précisez :

### Vous habitez :

- A Bourg-en-Bresse
- A une distance de 15mn de Bourg-en-Bresse
- A une distance de 30mn de Bourg-en-Bresse
- A une distance d'une heure de Bourg-en-Bresse

## ORGANISATION DE L'AIDE

### À quelle fréquence aidez-vous cette personne ?

- quotidiennement
- plusieurs fois par semaine
- une fois par semaine
- une fois toutes les 2 semaines
- moins, précisez

### En tant qu'aidant, pour quels domaines intervenez-vous ?

(vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- les tâches domestiques et ménagères (faire le ménage, la lessive, le repassage, préparer les repas...)
- les gestes intimes (se laver, aller aux toilettes,...)
- les actes du quotidien (se lever, manger,...)
- l'entretien de la maison (travaux, espaces verts,...)
- les déplacements (courses, rendez-vous médicaux,...)
- Gérer ses finances et ses démarches administratives.
- Le divertir, lui changer les idées (les sorties, promenades,)
- autre, précisez : .....

### Combien de temps par jour ?

- moins d'une heure
- entre 1 et 2 heures
- entre 2 et 4 heures
- entre 4 et 6 heures
- entre 6 et 8 heures
- plus de 8 heures

### Combien de temps par nuit ?

- moins d'une heure
- entre 1 et 2 heures
- entre 2 et 4 heures
- entre 4 et 6 heures
- entre 6 et 8 heures

### S'il vous arrive de ne pas être disponible pour la personne que vous aidez, pouvez-vous compter sur une autre personne pour vous remplacer ?

- oui, souvent
- oui, occasionnellement
- non

## L'AIDE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

« Selon vous, existe-t-il un impact sur :

(à chaque ligne, cocher la réponse correspondante)

	Très fort	Assez fort	Plutôt faible	Faible	Aucun
<b>vos moral</b> (Tristesse, envie de pleurer, symptômes dépressifs, anxiété) Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>vos humeur</b> (Irritabilité, Impulsivité, Colère, agressivité) Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<b>la relation avec la personne que vous aidez</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<b>vos équilibre psychique</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<b>vos vie de famille</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<b>Vos obligations familiales</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<b>vos propre santé</b> (maux de dos, maux de tête, hypertension artérielle, problème de digestion et d'élimination) Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<b>la qualité de vos sommeil</b> (insomnie, hypersomnie) Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<b>vos finances</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Utilisez-vous déjà d'autres types d'aide (accueil de jour, maison de répit, ...)**  
Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Rencontrez-vous d'autres difficultés ?**  
Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## VOS ATTENTES / BESOINS EN TANT QU' Aidant

En tant qu'aidant, estimez-vous que vous devriez bénéficier de davantage de :

(à chaque ligne, cocher la réponse correspondante)

	Pas du tout	Peu	Beaucoup	Tout à fait
<b>Moyens matériels</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Moyens financiers</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aide pour les tâches quotidiennes</b> (ménage, cuisine, etc...) Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Soutien des services spécialisés</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Soutien de votre famille, amis</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Soutien d'un professionnel</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Possibilité de répit le jour</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Possibilité de répit la nuit</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Informations sur la maladie d'Alzheimer</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Informations sur les démarches administratives</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Informations sur la législation</b> (droits de l'aidant, de l'aidé...) Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Formation au rôle d'aidant</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ecoute</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Autre :</b> Précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PROJET ACCUEIL DE NUIT**

*Le projet Accueil de Nuit est un concept de structure pour les personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative. Il a pour objectif de les accueillir la nuit « comme à la maison », et d'apporter aux aidants un répit pour se reposer, se ressourcer.*

**Si une telle structure ouvrait sur la commune de Saint-Denis-Lès-Bourg :**

(à chaque ligne, cocher la réponse correspondante)

Seriez-vous intéressés pour bénéficier de ce service ?	Pas du tout	Peu	Beaucoup	Tout à fait
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Combien de nuit par semaine souhaiteriez-vous en bénéficier ? .....

Quelle participation financière pourriez-vous engager par nuit?	Aucune	Entre 10 et 50 €	Entre 50 et 100 €	Entre 100 et plus
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nous vous remercions  
du temps que vous avez bien voulu consacrer  
à remplir ce questionnaire**

**Si vous éprouvez des difficultés à remplir ce questionnaire nous contacter au : 04.74.21.31.73**

---

**Entretiens avec des aidants familiaux**

**Si vous acceptez de nous rencontrer, merci de préciser vos coordonnées afin de convenir avec vous d'un éventuel rendez-vous.**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse:**.....  
.....  
.....

**Téléphone:**..... **Email :** .....

---