



Agence régionale de santé Nouvelle Aquitaine



CREAI Aquitaine  
Centre régional d'études, d'actions,  
et d'informations en faveur des personnes en  
situation de vulnérabilité

## Enquête auprès des proches aidants de personnes en situation de handicap sur les dispositifs de répit

Ce questionnaire, anonyme, est à remplir en ligne

jusqu'au **30 novembre 2022**

Pour toute question ou information complémentaire, vous pouvez contacter au CREAI :

**Lucie BORDEAU** ou **Bénédicte MARABET**

par téléphone 05 57 01 36 60 ou par mail :

[benedicte.marabet@creai-nouvelleaquitaine.org](mailto:benedicte.marabet@creai-nouvelleaquitaine.org) / [lucie.bordeau@creai-nouvelleaquitaine.org](mailto:lucie.bordeau@creai-nouvelleaquitaine.org)

1. **Quel est l'âge de votre proche en situation de handicap (une seule réponse possible) ?**

- moins de 6 ans
- 6-15 ans
- 16 à 25 ans
- 25-45 ans
- plus de 45 ans

2. **Type de handicap de votre proche (plusieurs réponses possibles) :**

- Déficience intellectuelle
- Handicap psychique
- Déficience auditive
- Déficience visuelle
- Handicap moteur
- Autisme ou troubles envahissants du développement
- Traumatisme crânien ou lésion cérébrale acquise
- Polyhandicap (déficience intellectuelle sévère avec déficience motrice importante)
- Autre type de handicap (préciser)

3. **Votre proche est-il (une seule réponse possible) :**

- sans notification MDPH
- notification en cours
- avec notification MDPH

4. **Votre proche vit-il (une seule réponse possible) :**

- à son domicile
- à votre domicile
- en établissement

5. **Catégorie d'établissement/de service d'accueil ou d'accompagnement de votre proche ?**

Si votre proche est un adulte :	Si votre proche est un enfant :
<input type="checkbox"/> EAM (FAM, foyer d'accueil médicalisé), <input type="checkbox"/> MAS (maison d'accueil spécialisée), <input type="checkbox"/> EANM (foyer de vie ou « occupationnel » ou foyer d'hébergement), <input type="checkbox"/> foyer polyvalent, <input type="checkbox"/> SAVS/SAMSAH, <input type="checkbox"/> famille d'accueil, <input type="checkbox"/> aucun établissement ou service <input type="checkbox"/> autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/> SESSAD/SSAD, <input type="checkbox"/> IME (institut médico-éducatif), <input type="checkbox"/> ITEP (institut thérapeutique, éducatif et pédagogique), <input type="checkbox"/> IEM (Institut d'Education Motrice), <input type="checkbox"/> EEAP (établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés) <input type="checkbox"/> Institut d'éducation auditive ou visuelle, <input type="checkbox"/> famille d'accueil, <input type="checkbox"/> aucun établissement ou service <input type="checkbox"/> autre (précisez) _____

6. **Avez-vous déjà utilisé un dispositif de répit<sup>1</sup> ?**  Oui  Non **si non passez à la Q23**

6.1 Si (oui) précisez :

Une solution d'accueil temporaire

6.1.1 Si oui précisez laquelle :

Accueil de jour temporaire

Hébergement temporaire

Accueil de nuit temporaire

Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Une solution de répit à domicile

6.1.2 Si oui précisez laquelle :

Garde de courte durée en l'absence de l'aidant ex. forfait temps libre ou « temps libéré »

Garde de nuit

Garde d'au minimum 24h ex. relayage/baluchonnage

Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Un accompagnement de loisirs et/ou de vacances (WE, vacances PH seule, vacances couple aidant-aidé, autre) (précisez) \_\_\_\_\_ **si oui passez à la Q19**

Un soutien pour moi (activités de soutien et d'écoute et d'échanges, formation, etc.) (précisez) \_\_\_\_\_ **si oui passez à la Q19**

Autre (précisez) \_\_\_\_\_ **si oui passez à la Q19**

<sup>1</sup> **Définitions des différentes formes de répit :**

- **Accueil temporaire** : Toute modalité d'accueil non permanent, organisé pour une durée limitée, sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement.

L'accueil temporaire comprend : l'accueil de jour, l'hébergement temporaire, l'accueil de nuit

- **Répit à domicile** : Il consiste à remplacer à domicile, de façon continue sur une durée déterminée, l'aidant « principal » qui partage en général le domicile de la(les) personne(s) aidée(s).

Le répit à domicile comprend la garde de nuit, la garde en journée sur quelques heures ou quelques jours.

Il s'appuie notamment sur les plateformes de répit, les services de garde de nuit itinérante, les services de relayage / baluchonnage.

- **Besoin d'accompagnement de loisirs et/ou de vacances** : Il comprend les loisirs tels que promenades/activités culturelles ou sportives, des week-ends de répit, des projets de vacances pour la personne aidée ou pour le couple aidant-aidé.

- **Besoins de soutien de l'aidant** : ils comprennent l'accompagnement sur les démarches administratives, les informations et conseils juridiques, le soutien psychologique, les groupes de paroles, des temps de relaxation/sophrologie, des formations...

**L'utilisation de ce dispositif (uniquement pour oui à solution d'accueil temporaire et/ou solution de répit à domicile si accompagnement de loisirs et/ou de vacances, soutien pour vous ou autre passez à la Q19)**

**7. Comment avez-vous connu ce dispositif ?**

- J'ai effectué des recherches sur internet
- par mon médecin généraliste
- par une assistante sociale
- par une association de famille
- par un professionnel qui accompagne mon proche en situation de handicap
- par un autre proche aidant
- par la MDPH
- autre (précisez) \_\_\_\_\_

**8. L'accès à ce dispositif a-t-il été ?**  Très facile  facile  difficile  très difficile

8.1. si (difficile/très difficile) pouvez-vous nous précisez les difficultés rencontrées ?

- Trouver le dispositif/savoir comment y avoir recours ou qui solliciter
- Réaliser les démarches administratives
- Le délai pour avoir une place au sein du dispositif (liste d'attente importante)
- Reconnaître son épuisement et son besoin de répit
- Avoir obligatoirement une notification de la MDPH
- Frein financier
- Éloignement géographique (organisation transport)
- Autre (précisez) \_\_\_\_\_

**9. En moyenne, quel a été le délai entre le moment où vous avez fait la demande et où vous avez pu bénéficier du dispositif ?**

- moins d'un mois
- de 1 à 3 mois
- de 4 à 6 mois
- 6 mois et plus

**10. Pourquoi avez-vous sollicité ou vous a-t-on proposé ce dispositif ?**

- Fermeture de l'établissement ou service qui accompagne quotidiennement mon proche en situation de handicap,
- Maladie/hospitalisation (pour moi ou un membre de ma famille),
- Je devais m'occuper de son frère ou sa sœur,
- J'avais des contraintes professionnelles,
- J'avais besoin de souffler, de me reposer, d'avoir un moment pour moi,
- J'avais besoin de temps pour réaliser des tâches quotidiennes/pratiques,
- Autre (précisez) \_\_\_\_\_

**11. Avez-vous sollicité ce dispositif en urgence ?**  Oui  Non

**12. A quelle fréquence avez-vous (eu) recours à ce dispositif ?**

- Une seule fois
- de manière ponctuelle
- très régulièrement (dans la limite du nombre de jours possibles)
- Autre (précisez) \_\_\_\_\_

13. **Vous a-t-on proposé des actions de soutien et d'accompagnement ou de loisirs (formation, GP, information, entretien psy... ?**  Oui  Non

13.1. (Si oui) Précisez la(les)quelle(s) ?

Précisez si vous le souhaitez

13.2. (si oui) Avez-vous souhaité participer à ces actions ?  Oui  Non

13.3. (si non) pourquoi ?

Précisez si vous le souhaitez

14. **Le dispositif propose-t-il des modes de participation aux proches aidants (CVS, commissions, questionnaire de satisfaction, entretiens, projet personnalisé, autre) ?**  Oui  Non

14.1. (Si oui) Précisez ?

Précisez si vous le souhaitez

15. **Le dispositif propose-t-il des modes de participation aux personnes accueillies/accompagnées (CVS, commissions, questionnaire de satisfaction, projet personnalisé, autre) ?**  Oui  Non

15.1. (Si oui) Précisez ?

Précisez si vous le souhaitez

16. **Une prise en charge des transports pour accéder à l'offre de répit a-t-elle été proposée ?**

Oui  Non

17. **Avez-vous rencontré des difficultés financières pour pouvoir bénéficier de ce dispositif ?**

Oui  Non

18. **Ce dispositif est-il adapté au handicap de votre proche (architecture, horaires d'organisation du service, accompagnement des professionnels, autres personnes accueillies, suivi médical, etc.) ?**  Oui  Non

18.1. (Si non) Pour quelles raisons ?

Précisez si vous le souhaitez

**Pour tous**

19. **Ce dispositif est-il adapté à vos besoins en tant que proche aidant (horaires et jours d'ouverture, prestations, accessibilité, etc.) ?**  Oui  Non

19.1. (Si non) Pour quelles raisons ?

Précisez si vous le souhaitez

20. **Quelles sont les pistes d'amélioration, perspectives de changement à mettre en œuvre selon vous pour ce dispositif ?**

Précisez si vous le souhaitez

21. **Conseillerez-vous ce dispositif de répit à d'autres proches aidants ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

22. **Avez-vous fait des demandes d'accès à d'autres dispositifs de répit qui n'ont pu aboutir ?**

Oui  Non

22.1. (Si oui) Précisez quel(s) dispositif(s) et pourquoi cela n'a pas été possible ?

Précisez si vous le souhaitez

**Le non recours à un dispositif de répit (uniquement pour non à Q6 Avez-vous déjà utilisé un dispositif de répit ? si oui passez à la Q24)**

23. Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas sollicité un dispositif de répit ?

- Je n'en ai pas besoin/je n'ai pas demandé
- Je ne sais pas comment y avoir accès
- Il n'en n'existe pas près de chez moi
- Les offres existantes ne correspondent pas à mes besoins
- Mon proche en situation de handicap refuse d'y aller
- Je culpabilise à l'idée d'avoir recours à ce type de dispositif
- La démarche pour y avoir recours est trop complexe
- J'ai fait une demande qui n'a pas pu aboutir (précisez)
- Autre (précisez)

**Pour tous**

24. **Quels sont vos besoins REPIT en tant que proches aidants pour lesquels aujourd'hui vous n'avez pas trouvé de solution ?** (Fréquence, durée, période...)

Précisez si vous le souhaitez

25. **Votre département de résidence** |\_\_| |\_\_|

26. **Vous êtes :**

- Père / mère d'une personne en situation de handicap
- Frère / sœur d'une personne en situation de handicap
- Enfants d'une personne en situation de handicap
- Autre : préciser.

27. **Votre âge :**

- moins de 18 ans
- 18-24 ans
- 25-44 ans
- 45-59 ans
- 60-74 ans
- 75 ans et plus

28. **Êtes-vous ?**  un homme  une femme

**Merci pour votre participation !**