



## QUESTIONNAIRE DROIT AU REPIT

RAPPEL : Merci de renvoyer ce questionnaire avant le 30 juin 2010  
\* Les questions suivies d'une \* ne demandent qu'une seule réponse.



**Vous êtes \* :**

- Mère       Père       Soeur       Frère       Tuteur

**1. Votre secteur géographique \* :**

- Colmar       Mulhouse       Ribeauvillé       Thann  
 Plaine du Rhin       Saint-Louis       Guebwiller       Altkirch

**2. Votre vie personnelle**

- Femme       Homme       Seul       En couple

Catégorie socio-professionnelle :

- Agriculteur       Artisan       Commerçant       Profession libérale       Cadre  
 Employé       Ouvrier       Retraité       Chômeur       Sans activité professionnelle

Tranche d'âge :       20 à 30 ans       30 à 40 ans       40 à 50 ans       50 à 60 ans       + 60 ans

**3. Votre vie familiale**

**1er enfant : âge \_\_\_\_\_**

**Situation 1er enfant : âge \_\_\_\_\_**

- Scolarisé  
 étudiant  
 chômeur  
 salarié

**Handicapé**       Oui       Non

**A domicile**       Oui       Non

**2ème enfant : âge \_\_\_\_\_**

**Situation 3ème enfant : âge \_\_\_\_\_**

- Scolarisé  
 étudiant  
 chômeur  
 salarié

**Handicapé**       Oui       Non

**A domicile**       Oui       Non

**3ème enfant : âge \_\_\_\_\_**

**Situation 5ème enfant : âge \_\_\_\_\_**

- Scolarisé  
 étudiant  
 chômeur  
 salarié

**Handicapé**       Oui       Non

**A domicile**       Oui       Non

**4ème enfant : âge \_\_\_\_\_**

**Situation 5ème enfant : âge \_\_\_\_\_**

- Scolarisé  
 étudiant  
 chômeur  
 salarié

**Handicapé**       Oui       Non

**A domicile**       Oui       Non

**5ème enfant : âge \_\_\_\_\_**

**Situation 6ème enfant : âge \_\_\_\_\_**

- Scolarisé  
 étudiant  
 chômeur  
 salarié

**Handicapé**       Oui       Non

**A domicile**       Oui       Non

**6ème enfant : âge \_\_\_\_\_**

**Situation 2ème enfant : âge \_\_\_\_\_**

- Scolarisé  
 étudiant  
 chômeur  
 salarié

**Handicapé**       Oui       Non

**A domicile**       Oui       Non

**3.1. Concernant votre enfant handicapé, quelle est la nature du handicap, précisez :**

- Moteur       pluri-handicap       psychique       mental  
 sensoriel       polyhandicap       lié à une maladie       autisme/TED

**3.2 De quel type de prise en charge bénéficie votre enfant ?**

- Milieu scolaire ordinaire       Accompagnement SESSAD       Milieu scolaire spécialisé       Institution spécialisée en externat  
 Institution spécialisée en internat       Hôpital de jour       Sans prise en charge

Autre, précisez \_\_\_\_\_

**3.3 Pensez-vous être suffisamment informé des prestations auxquelles vous avez droit ?**

Allocation d'Aide pour Enfant Handicapé (AAEH)       Très mal     Mal     Bien     Très bien

Les différents compléments AAEH       Très mal     Mal     Bien     Très bien

La prestation de Compensation du Handicap (PCH)       Très mal     Mal     Bien     Très bien

**Avez-vous envisagé de déposer une demande pour la prestation de Compensation du Handicap (PCH) ?**

Oui       Non

**En cas de complément, de quelle catégorie ?**

1er complément       2ème complément       3ème complément

4ème complément       5ème complément       6ème complément

**3.4 Au quotidien, qui s'occupe de votre enfant ?**

Père       Mère

Un membre de la famille, précisez : \_\_\_\_\_

Une personne extérieure, précisez : \_\_\_\_\_

**3.5 Rencontrez-vous plus de problèmes de santé ou autres depuis que vous vous occupez de votre enfant ? Si oui, pouvez-vous préciser :**

Augmentation des arrêts de travail       Père       Mère       Frère ou soeur

Fatigue chronique       Père       Mère       Frère ou soeur

Dépression       Père       Mère       Frère ou soeur

Autres troubles psychologiques       Père       Mère       Frère ou soeur

Migraine       Père       Mère       Frère ou soeur

Douleurs articulaires       Père       Mère       Frère ou soeur

Conduites à risques       Père       Mère       Frère ou soeur

Difficultés scolaires       Père       Mère       Frère ou soeur

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**4. Votre vie professionnelle****4.1 Quelle est votre situation professionnelle ?**

Activité salariée       Mère     Père

Temps plein       Mère     Père

Temps partiel       Mère     Père

Sans emploi       Mère     Père

Congé parental       Mère     Père

Autre congé (maternité, sans solde...)  
 Mère     Père

Recherche d'emploi       Mère     Père

Retraité       Mère     Père

Au foyer       Mère     Père

**4.2 Comment conciliez-vous vie familiale et vie professionnelle ?**

- |                                       |                            |                            |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Travail à temps partiel               | <input type="radio"/> Mère | <input type="radio"/> Père |
| Partage des tâches au sein du couple  | <input type="radio"/> Oui  | <input type="radio"/> Non  |
| Cessation d'activité                  | <input type="radio"/> Mère | <input type="radio"/> Père |
| Recours à une personne extérieure     | <input type="radio"/> Mère | <input type="radio"/> Père |
| Changement d'activité professionnelle | <input type="radio"/> Mère | <input type="radio"/> Père |

**5. Votre vie sociale****5.1 La gestion du quotidien vous permet-elle d'avoir des activités de loisirs ?**

- |                                      |                                |                                     |                                     |                               |
|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Aller au cinéma, au restaurant       | <input type="radio"/> Jamais   | <input type="radio"/> Rarement      | <input type="radio"/> Régulièrement | <input type="radio"/> Souvent |
| Pratiquer une activité sportive      | <input type="radio"/> Jamais   | <input type="radio"/> Rarement      | <input type="radio"/> Régulièrement | <input type="radio"/> Souvent |
| Voir des amis                        | <input type="radio"/> Jamais   | <input type="radio"/> Rarement      | <input type="radio"/> Régulièrement | <input type="radio"/> Souvent |
| Partir en vacances                   | <input type="radio"/> Jamais   | <input type="radio"/> Rarement      | <input type="radio"/> Régulièrement | <input type="radio"/> Souvent |
| Suivre une formation professionnelle | <input type="radio"/> Jamais   | <input type="radio"/> Rarement      | <input type="radio"/> Régulièrement | <input type="radio"/> Souvent |
| Prendre part à une vie associative   | <input type="radio"/> Jamais   | <input type="radio"/> Rarement      | <input type="radio"/> Régulièrement | <input type="radio"/> Souvent |
| Autre, précisez :                    | <input type="radio"/> Rarement | <input type="radio"/> Régulièrement | <input type="radio"/> Souvent       |                               |

**5.2 Avez-vous pensé à adhérer à une association ?**  Oui  Non**Si oui, de quel type ?**

- |  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|
| Association de parents                             | <input type="radio"/> Mère | <input type="radio"/> Père |
| Association spécifique au handicap de votre enfant | <input type="radio"/> Mère | <input type="radio"/> Père |
| Association d'informations légales                 | <input type="radio"/> Mère | <input type="radio"/> Père |

Autre, précisez \_\_\_\_\_

**Si non, pourquoi ?**

- |                            |  |   |                                       |
|----------------------------|--|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Coût | <input type="radio"/> Manque d'intérêt | <input type="radio"/> Manque d'informations | <input type="radio"/> Manque de temps |
|----------------------------|--|---|---------------------------------------|

**6. Vos besoins**Vous sentez-vous isolé(e) ?  Oui  Non

Précisez \_\_\_\_\_

Vous sentez-vous parfois sur le point de craquer ? (burn out)  Oui  NonPensez-vous avoir besoin d'écoute, de conseils ou de soutien ?  Oui  Non

Précisez \_\_\_\_\_

Pensez-vous avoir besoin de répit ?  Oui  Non

Précisez \_\_\_\_\_



## QUESTIONNAIRE DROIT AU REPIT



### 6.1 Si oui, vous avez besoin de répit pour ? *Numérotez par ordre de préférence*

- |   |                               |                               |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Prendre du repos                            | <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Père |
| Avoir des loisirs                           | <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Père |
| Avoir une vie sociale                       | <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Père |
| Passer du temps avec le reste de la famille | <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Père |
| Partir en vacances                          | <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Père |
| Suivre une formation                        | <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Père |

Précisez \_\_\_\_\_

### 6.2 Dans quelles conditions ?

#### Moment

- Le week-end  
 La semaine  
 Pendant les vacances

#### Lieu

- A domicile  
 Dans une structure spécialisée  
 En centre de loisirs  
 Autre, précisez :

Les intervenants doivent-ils être qualifiés ?

- Oui  Non

### 6.3 Seriez-vous prêt à participer aux frais ?

- Oui  Non

Si oui, quel montant pourriez-vous donner (€/heure)?

### 7. Aujourd'hui, quel est le problème ou la question qui vous préoccupe le plus ?

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Si vous le souhaitez vous pouvez laisser vos coordonnées :

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous recevoir un exemplaire gratuit de la revue "Déclic" ?

- Oui  Non

**Vos réponses à ce questionnaire seront traitées de façon strictement anonyme.**