

GROUPE

POLYHANDICAP

FRANCE

# ENQUÊTE NATIONALE POLYHANDICAP



QR code  
pour accéder  
à la version en ligne

## L'accompagnement de vos rêves

Questionnaire à l'intention des familles  
d'enfants et adultes polyhandicapés

Pour alimenter votre réflexion les thèmes abordés débutent par des questions fermées (cases à cocher). Mais le plus important est l'expression de ce dont vous rêvez. L'enquête se termine par une question ouverte à remplir librement. N'hésitez pas à parcourir l'ensemble de l'enquête avant d'y répondre.

**Exprimez-vous librement**, c'est peut-être grâce à votre parole que s'amélioreront les conditions de l'accompagnement des personnes polyhandicapées et vos conditions de vie. Les résultats de cette enquête resteront anonymes.

**Votre avis compte.**

**Faites circuler cette enquête**, plus nous serons nombreux à y répondre, plus elle aura de poids et mieux elle sera entendue.

Elle est ouverte jusqu'au vendredi 6 mars 2024

### 1.ÉLÉMENTS DE SITUATION

#### 1.1 - DE QUI PARLONS-NOUS ? (votre enfant, adulte, frère ou sœur : votre proche)

Prénom ou surnom : .....

Année de naissance : .....

Sexe :

Féminin

Masculin

Département ou région de la famille : .....

**1.2 - PARCOURS** 2 parcours possibles (A. à domicile ou B. accueilli régulièrement en établissement), ne répondez qu'à celui qui vous correspond

**A. à domicile** plusieurs réponses possibles

- accompagné par un SESSAD
- accompagné par un SAMSAH
- accompagné par un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
- avec accueil temporaire en établissement (séjours ponctuels)
- avec accueil en établissement temps partiel
- sans accompagnement
- autre

Si "autre", précisez : .....

**B. accueilli régulièrement en établissement** plusieurs réponses possibles

	accueil de jour	internat	accueil modulable
EEAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
structure 16-25 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en amendement Creton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si "autre", précisez : .....

**L'établissement est-il situé dans le même département ou région que votre domicile ?**

.....

## 2. ADÉQUATION ENTRE LES BESOINS DE VOTRE PROCHE ET SON ACCOMPAGNEMENT

**2.1 - LA SITUATION** 2 parcours possibles (A. à domicile ou B. accueilli régulièrement en établissement),  
ne répondez qu'à celui qui vous correspond

**A. votre proche est à domicile** plusieurs réponses possibles

- par choix
- sur liste d'attente
- par manque de places en établissement adapté à ses besoins
- par absence d'établissement proche adapté à ses besoins
- autre

Si "autre", précisez : .....

**Si votre proche est accompagné par un service à domicile (SESSAD, SAMSAH etc.),  
jugez-vous cet accompagnement suffisant ?**

.....  
.....

**L'accompagnement dont bénéficie votre proche rend-il l'accès aux soins plus facile ?**

.....  
.....

**Faites-vous appel à des professionnels libéraux (kiné, ergo, éducateurs...)**

.....  
.....

**A-t-il des outils de communication alternative augmentée (CAA) ?**

.....

**Vous même, connaissez-vous la CAA ?**

- oui
- non
- un peu

**Si votre enfant est d'âge scolaire, bénéficie-t-il d'heures de scolarisation ?**

- oui - en inclusion en école ordinaire
- oui - en UEEP (Unité Externalisée d'Enseignement Polyhandicap)
- non
- autre

Si "autre", précisez : .....

**Si "oui", de combien d'heures par semaine bénéficie-t-il et si "non", savez-vous pourquoi ?**

.....

**B. votre proche est accompagné régulièrement en établissement (y compris à temps partiel ou ponctuellement)**

**Est-il en attente d'une autre solution (quelle qu'en soit la raison : limite d'âge, liste d'attente, déménagement...) ?**

.....

**L'établissement est-il suffisamment proche du domicile (précisez la distance et le temps de trajet approximatifs) et est-il facilement accessible en transports en commun ?**

.....

**L'établissement paraît-il agréable (espace, volume, salle de bain, mobilier, température, matériel) et le lieu vous convient-il dans l'ensemble et pourquoi ?**

.....

**Avez-vous des améliorations à proposer pour cet établissement ?**

*Vous pouvez développer sur papier libre*

.....

.....

## **2.2 - L'ACCOMPAGNEMENT AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT**

*(y compris en temps partiel ou ponctuellement)*

### **A. type d'accueil**

**Avez-vous le choix de l'externat ou de l'internat ?**

.....

**Le type d'accueil vous convient-il ?**

.....

**Si votre proche est en internat, peut-il rentrer chez vous autant que vous le souhaitez et si non à quel rythme ?**

.....

## **B. ouverture**

**L'établissement est-il suffisamment ouvert sur l'extérieur ?**

**Les sorties à proximité sont-elles faciles (espaces verts, activités récréatives ou culturelles, déjeuner extérieur...) et organisées ?**

.....

.....

.....

## **C. activités**

**Que pensez-vous des activités proposées à votre proche ?**

**Y-en-a-t-il suffisamment ?**

.....

.....

## **D. communication**

**Votre proche dispose-t-il, dans son lieu d'accueil, d'outils de communication (CAA) : objets concrets, pictogrammes, Makaton, commande oculaire, synthèse vocale... ?**

oui

non

ne sait pas

**Pouvez-vous préciser le type d'outils (objets concrets, pictogrammes, Makaton, commande oculaire, synthèse vocale...) ? Qu'en pensez-vous ?**

.....

.....

.....

**Vous même, savez-vous utiliser les outils de CAA ?**

- oui
- non
- un peu

**L'établissement met-il ces outils à votre disposition quand votre proche revient au domicile ?**

.....

.....

### **E. informations**

**Avez-vous des informations sur le déroulement et les activités de la journée ?**

**Si oui, de quelle manière êtes vous informés (cahier de liaison, téléphone, réunions...) ?**

.....

.....

.....

.....

### **F. Accès aux soins**

**L'accompagnement dont bénéficie votre proche rend-il l'accès aux soins plus facile**

.....

.....

### **G. Scolarisation**

**Si votre enfant est d'âge scolaire, bénéficie-t-il d'heures de scolarisation ?**

**(plusieurs choix possibles)**

- oui - au sein de l'établissement
- oui - en inclusion en école ordinaire
- oui - en UEEP (Unité Externalisée d'Enseignement Polyhandicap)
- non
- autre

*Si "autre", précisez :* .....

Si "oui", de combien d'heures par semaine bénéficie-t-il et si "non", savez-vous pourquoi ?

.....

## 2.3 LES ÉQUIPES ACCOMPAGNANTES

Connaissez-vous les professionnels de l'établissement ?

.....

.....

Jugez-vous qu'ils sont suffisamment nombreux ?

.....

.....

Y a-t-il des temps d'échanges dédiés entre vous et les professionnels ?

Si "oui", quels sont-ils ?

.....

.....

Dans l'ensemble, la communication est-elle facile ?

.....

.....

Merci d'avoir répondu à toutes ces questions !

## ET MAINTENANT DONNEZ LIBRE COURS À VOS RÊVES !

Vous avez en tête l'ensemble des aspects de l'accompagnement de votre enfant/adulte, dites nous ce que vous souhaiteriez, pour une qualité d'accompagnement toujours meilleure :

- des établissements différents ?
- des modalités d'accueil autres ?
- une aide renforcée sur l'accompagnement à domicile ?  
ou toute autre idée.

**Sortez des cadres, des sentiers battus, de schémas,**

**EXPRIMEZ-VOUS !**

***sur papier libre à joindre à ce questionnaire***