

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-eu 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