



Avec



## Enquête sur les besoins d'accueil temporaire des enfants et adultes en situation de handicap dans le Loiret

Madame, Monsieur,

La loi du 2 janvier 2002 reconnaît l'**accueil temporaire des personnes handicapées**, dont la définition et les modalités d'organisation sont précisées par le décret du 17 mars 2004 et la circulaire du 12 mai 2005. Une **personne handicapée peut en effet être accueillie de manière temporaire (c'est-à-dire pour une durée limitée de 90 jours maximum) dans un établissement ou un service spécialisé**. Cet accueil temporaire peut permettre des temps de répit aux aidants familiaux, la mise en place de modalités d'essai ou d'expérimentation dans l'accompagnement de la personne, l'articulation entre deux projets d'accompagnement, comme de pallier les périodes de fermeture des structures...

Dans le cadre du schéma départemental du Loiret en faveur des personnes handicapées, il a été mis en évidence la nécessité de mener une étude de besoins sur l'accueil temporaire dans le département du Loiret, laquelle a été confiée au CREA I Centre.

**Cette enquête a pour objectifs :**

- de connaître les besoins des enfants, adolescents et adultes handicapés du Loiret et de leur entourage familial et professionnel en matière d'accueil temporaire,
- d'identifier les modalités de réponse à apporter aux demandes des personnes handicapées et de leur entourage.

Pour cela, il nous faut tout d'abord avoir votre précieux concours, et nous comptons vivement sur votre participation pour obtenir un nombre significatif de réponses, gage de qualité pour les résultats de cette enquête. Diffusé par différents acteurs, le questionnaire ci-joint vous parviendra peut-être en plusieurs exemplaires. Dans ce cas, bien sûr, ne nous retournez qu'un exemplaire par personne handicapée.

Même si ce questionnaire a un caractère facultatif \*, nous vous remercions de toute l'attention que vous porterez à cette étude et du temps que vous voudrez bien y consacrer afin de mettre en place un projet qui réponde à vos attentes.

Merci de nous le retourner **avant le 2 juin** au plus tard. **Si vous rencontrez des difficultés pour compléter le questionnaire, vous pouvez appeler le 02 38 74 56 00.**

Dans cette attente, nous vous prions de croire en nos sentiments respectueux.

**Valérie Larmignat**  
Directrice du CREA I

**Nota :**

1/ Ce questionnaire est **anonyme** ; vous ne devez donc pas y porter d'informations nominatives. Les éléments d'identification (initiales, date de naissance, domicile...) serviront uniquement à repérer d'éventuels questionnaires reçus en double. Ce questionnaire a fait l'objet d'une autorisation par la CNIL.

2/ Si vous souhaitez nous adresser des commentaires ou être informés des résultats de l'enquête, adressez-nous un courrier séparé à l'adresse suivante : **CREAI Centre, 58bis, bld de Châteaudun - BP 91329 - 45003 Orléans Cedex 1**

\* L'absence de réponse n'entraînera aucune conséquence pour la personne concernée, conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004.

**Pour les questions 12 et 13 du questionnaire (page 5), merci de bien vouloir reporter dans le tableau le numéro de la structure correspondant à votre situation.**

**Question 12 : Différents types d'accueil, de suivi, d'accompagnement pour ENFANTS / ADOLESCENTS**

**Structure médico-sociale**

- 1 - Centre d'accueil familial spécialisé (CAFS)
- 2 - Centre d'accueil médico-social précoce (CAMSP)
- 3 - Etablissement d'accueil temporaire (EAT)
- 4 - Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés (EPEAP)
- 5 - Institut d'éducation motrice (IEM)
- 6 - Institut d'éducation sensorielle (IES)
- 7 - Institut médico-éducatif (IME)
- 8 - Institut thérapeutique, éducatif, pédagogique (ITEP)
- 9 - Jardin d'enfants spécialisé (JES)
- 10 - Autre structure médico-sociale

**Structure sanitaire**

- 11 - Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)
- 12 - Centre médico-psychologique (CMP)
- 13 - Hôpital
- 14 - Secteur de psychiatrie infanto-juvénile (SPIJ)
- 15 - Autre structure sanitaire

**Intervention d'un professionnel à domicile ou autres lieux de vie et d'activité**

- 16 - Centre médico-psycho pédagogique (CMPP)
- 17 - Service d'éducation spécialisée de soins et d'aide à domicile (SESSAD)
- 18 - Service d'accompagnement à l'acquisition de l'autonomie et de l'intégration scolaire (SAAAIS)
- 19 - Service d'aide à la formation et à l'éducation professionnelle (SAFEP)
- 20 - Service de soins d'éducation et de formation (SSEFIS)
- 21 - Service de soins et d'aide à domicile (SSAD)
- 22 - Autre professionnel

**Question 13 : Différents types d'accueil, de suivi, d'accompagnement pour ADULTES**

**Structure médico-sociale**

- 23 - Centre de pré-orientation (CPO)
- 24 - Centre de rééducation professionnelle (CRP)
- 25 - Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT)
- 26 - Service d'accueil de jour (SAJ)
- 27 - Etablissement d'accueil temporaire (EAT)
- 28 - Foyer d'hébergement (FH)
- 29 - Foyer occupationnel (FO)
- 30 - Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- 31 - Maison d'accueil spécialisé (MAS)
- 32 - Autre structure médico-sociale

**Structure sanitaire**

- 33 - Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)
- 34 - Centre médico-psychologique (CMP)
- 35 - Hôpital
- 36 - Autre structure sanitaire

**Intervention d'un professionnel à domicile ou autres lieux de vie**

- 37 - Service d'aide à domicile (SAD)
- 38 - Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
- 39 - Service d'aide à la vie (SAD)
- 40 - Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- 41 - Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- 42 - Autre professionnel



Avec



Pour plus d'informations et pour disposer du questionnaire en fichier informatique, contacter le CREA Centre :

58bis, bd de Châteaudun - BP 91329 - 45003 ORLEANS CEDEX 1 - Tél. 02 38 74 56 00

Aurélié Néon [a.neon@creai-centre.asso.fr](mailto:a.neon@creai-centre.asso.fr) - Séverine Demoustier [s.demoustier@creai-centre.asso.fr](mailto:s.demoustier@creai-centre.asso.fr) - Marie Daumens [m.daumens@creai-centre.asso.fr](mailto:m.daumens@creai-centre.asso.fr)

Ce questionnaire est également disponible sur les sites suivants :

Conseil Général du Loiret : [http://www.loiret.com/cgloiret/sites/schemas/pdf/enquete\\_accueil\\_temporaire.pdf](http://www.loiret.com/cgloiret/sites/schemas/pdf/enquete_accueil_temporaire.pdf)

DDASS du Loiret : <http://centre.sante.gouv.fr>

## ENQUETE SUR LES BESOINS D'ACCUEIL TEMPORAIRE DES ENFANTS ET ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LE LOIRET

• Questionnaire à retourner au CREA Centre pour le **2 juin 2008** au plus tard •

Merci de ne **répondre** à ce questionnaire que si votre **taux / le taux d'incapacité de la personne concernée par le questionnaire est égal ou supérieur à 50%**.

### A - PROFIL DE LA PERSONNE HANDICAPEE

#### 1 - Comment et/ou par qui avez-vous eu connaissance de ce questionnaire ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. questionnaire reçu à domicile            | <input type="checkbox"/> 4. autre (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> 2. questionnaire remis par un professionnel | <input type="checkbox"/> 5. ne sait pas        |
| <input type="checkbox"/> 3. sur un site Internet                     |  |

#### 2 - Qui répond au questionnaire ?

⇒ cochez la case correspondante (une seule réponse possible)

1. La personne handicapée elle-même

✓ Son entourage familial

2. Epoux(se)/pacsé(e)/concubin(e)  
 3. Enfant  
 4. Père  
 5. Mère  
 6. Frère  
 7. Sœur  
 8. Autre (précisez) :

✓ Un professionnel intervenant après de la personne handicapée

9. Travailleur en institution  
 10. Travailleur à domicile  
 11. Travailleur libéral  
 12. Famille d'accueil  
 13. Assistant de service social  
 14. Tuteur institutionnel  
 15. Référent scolaire  
 16. Autre (précisez) :

### B - SITUATION DE LA PERSONNE HANDICAPEE

#### Initiales de la personne

/ \_\_\_ / \_\_\_ /

#### 3 - Date de naissance

/ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /  
j j m m a a

#### 4 - Sexe

1. Homme  2. Femme

#### 5 - Domicile

Code postal : / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / Ville : \_\_\_\_\_

Cette adresse correspond-elle :  1. à votre domicile  2. à l'institution spécialisée qui vous accueille ou vous suit

#### 6- Taux d'incapacité

Votre taux d'incapacité est de : / \_\_\_ / \_\_\_ / %

## C - SITUATION DE HANDICAP

### 7- Type de Déficience / Handicap **PRINCIPAL** :

☛ cochez la case correspondante / Une seule réponse possible

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. déficience intellectuelle                      | <input type="checkbox"/> 7. traumatisme crânien            |
| <input type="checkbox"/> 2. handicap psychique                             | <input type="checkbox"/> 8. déficience auditive            |
| <input type="checkbox"/> 3. autisme, trouble envahissants du développement | <input type="checkbox"/> 9. déficience visuelle            |
| <input type="checkbox"/> 4. troubles de la conduite et du comportement     | <input type="checkbox"/> 10. maladie chronique invalidante |
| <input type="checkbox"/> 5. déficience motrice                             | <input type="checkbox"/> 11. autre (précisez) :            |
| <input type="checkbox"/> 6. polyhandicap                                   | <input type="checkbox"/> 12. ne sait pas                   |

### 8- Types de Déficience(s) / Handicap(s) **ASSOCIE(s)** :

☛ cochez la case correspondante / Plusieurs réponses possibles

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. déficience intellectuelle                      | <input type="checkbox"/> 7. traumatisme crânien            |
| <input type="checkbox"/> 2. handicap psychique                             | <input type="checkbox"/> 8. déficience auditive            |
| <input type="checkbox"/> 3. autisme, trouble envahissants du développement | <input type="checkbox"/> 9. déficience visuelle            |
| <input type="checkbox"/> 4. troubles de la conduite et du comportement     | <input type="checkbox"/> 10. maladie chronique invalidante |
| <input type="checkbox"/> 5. déficience motrice                             | <input type="checkbox"/> 11. autre (précisez) :            |
| <input type="checkbox"/> 6. polyhandicap                                   | <input type="checkbox"/> 12. ne sait pas                   |

### 9- Niveau d'autonomie **intellectuelle et psychique** :

☛ cochez la case correspondante / Une seule réponse possible

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1. autonome (besoin d'aide occasionnelle)  |
| <input type="checkbox"/> 2. semi-autonome (aide effective dans certains actes de la vie quotidienne, accompagnement fréquent) |
| <input type="checkbox"/> 3. non-autonome (prise en charge très importante, rapprochée ou permanente)                          |
| <input type="checkbox"/> 4. ne sait pas   |

### 10- Niveau d'autonomie **physique** :

☛ cochez la case correspondante / Une seule réponse possible

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1. autonome (besoin d'aide occasionnelle)  |
| <input type="checkbox"/> 2. semi-autonome (aide effective dans certains actes de la vie quotidienne, accompagnement fréquent) |
| <input type="checkbox"/> 3. non-autonome (prise effective et permanente dans tous les actes essentiels de la vie)             |
| <input type="checkbox"/> 4. ne sait pas   |

## D – LIEU DE VIE HABITUEL

### 11- Lieu de vie habituel :

☛ cochez la case correspondante / Une seule réponse possible

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. domicile parental  |
| <input type="checkbox"/> 2. logement indépendant (seul <u>ou</u> avec époux(se)/pacsé(e)/concubin(e) <u>et/ou</u> avec/ou sans enfant) |
| <input type="checkbox"/> 3. institution médico-sociale, y compris en appartement, foyer  |
| <input type="checkbox"/> 4. maison de retraite   |
| <input type="checkbox"/> 5. appartement thérapeutique  |
| <input type="checkbox"/> 6. famille d'accueil  |
| <input type="checkbox"/> 7. autre (précisez) :   |

## E - ACCUEIL / SUIVI / ACCOMPAGNEMENT ACTUEL

### 12- Situation actuelle / pour les ENFANTS et ADOLESCENTS

#### ■ Si PAS d'accueil, PAS de suivi, PAS d'accompagnement. La personne vit :

1. à domicile, sans intervention  
 2. à domicile, dans l'attente d'une (ré) orientation par la MDPH (maison départementale des personnes handicapées)  
 3. à domicile, dans l'attente d'une place au sein d'un établissement ou service médico-social.

#### ■ Si Accueil / Suivi / Accompagnement :

⇒ Mettre une croix dans la ou les **cases correspondant à votre situation** et préciser le numéro de la structure ou du service concerné (cf. liste jointe)

ENFANTS / ADOLESCENTS Différents types d'accueil, de suivi, d'accompagnement ▼	N° structure (cf. liste)	Modalités d'accueil, de suivi, d'accompagnement				
		Semaine (lundi au vendredi)	Semaine et week-end	Week-end	Quelques jours dans la semaine (si oui, combien)	Quelques heures / semaine
Scolarisé ou en formation dans le milieu ordinaire						
Accueilli de jour dans une structure spécialisée médico-sociale						
Accueilli de jour dans une structure sanitaire						
Accueilli de nuit dans une structure spécialisée médico-sociale						
Accueilli de nuit dans une structure sanitaire						
Accueilli de jour et de nuit dans une structure spécialisée médico-sociale						
Accueilli de jour et de nuit dans une structure sanitaire						
Intervention d'un professionnel n° 1 à domicile ou autres lieux de vie						
Intervention d'un professionnel n° 2 à domicile ou autres lieux de vie						
Intervention d'un professionnel n° 3 à domicile ou autres lieux de vie						
Autre (précisez)						

⇒ Pour les enfants et adolescents, passez à la question 14

### 13- Situation actuelle / pour les ADULTES

#### ■ Si PAS d'accueil, PAS de suivi, PAS d'accompagnement. La personne vit :

1. à domicile, sans intervention  
 2. à domicile, dans l'attente d'une (ré) orientation par la MDPH (maison départementale des personnes handicapées)  
 3. à domicile, dans l'attente d'une place au sein d'un établissement ou service médico-sociale.

#### ■ Si Accueil / Suivi / Accompagnement :

⇒ Mettre une croix dans la ou les **cases correspondant à votre situation** et préciser le numéro de la structure ou du service concerné (cf. liste jointe)

ADULTES Différents types d'accueil, de suivi, d'accompagnement ▼	N° structure (cf. liste)	Modalités d'accueil, de suivi, d'accompagnement				
		Semaine (lundi au vendredi)	Semaine et week-end	Week-end	Quelques jours dans la semaine (si oui, combien)	Quelques heures / semaine
Travaille dans le milieu ordinaire						
Travaille en ESAT						
Accueilli de jour dans une structure spécialisée médico-sociale						
Accueilli de jour dans une structure sanitaire						
Accueilli de nuit dans une structure spécialisée médico-sociale						
Accueilli de nuit dans une structure sanitaire						
Accueilli de jour et de nuit dans une structure spécialisée médico-sociale						
Accueilli de jour et de nuit dans une structure sanitaire						
Accueilli de jour et de nuit dans une maison de retraite						
Intervention d'un professionnel n° 1 à domicile ou autres lieux de vie						
Intervention d'un professionnel n° 2 à domicile ou autres lieux de vie						
Intervention d'un professionnel n° 3 à domicile ou autres lieux de vie						
Autre (précisez)						

### 14- Pour les enfants, adolescents ou adultes, cette situation :

- a) résulte du choix de la personne handicapée :  1. Oui  2. Non  3. Ne sait pas  
b) résulte du choix de l'entourage familial :  1. Oui  2. Non  3. Ne sait pas  
c) ne résulte pas d'un choix, mais de l'offre institutionnelle  
(ex. périodes de fermeture de l'institution...)  1. Oui  2. Non  3. Ne sait pas  
d) est jugée adaptée par la personne handicapée :  1. Oui  2. Non  3. Ne sait pas  
e) est jugée adaptée par son entourage :  1. Oui  2. Non  3. Ne sait pas  
f) commentaires (si nécessaire) :

## F - ALLOCATIONS / PRESTATIONS DE LA PERSONNE HANDICAPEE

### 15- La personne handicapée perçoit-elle une allocation / une prestation

1. Oui                       2. Non                       3. Ne sait pas

### 16- Si oui, précisez :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. AEEH (Allocation d'éducation pour enfants handicapés) | <input type="checkbox"/> 7. Rente d'accident du travail                     |
| <input type="checkbox"/> 2. complément AEEH                                       | <input type="checkbox"/> 8. ACTP (Allocation Compensatrice Tierce Personne) |
| <input type="checkbox"/> 3. AAH (Allocation Adultes handicapés)                   | <input type="checkbox"/> 9. MTP (Majoration Tierce Personne)                |
| <input type="checkbox"/> 4. Majoration vie autonome                               | <input type="checkbox"/> 10. PCH (Prestation de Compensation du Handicap)   |
| <input type="checkbox"/> 5. Avantage vieillesse                                   | <input type="checkbox"/> 11. Autre (précisez) :                             |
| <input type="checkbox"/> 6. Pension d'invalidité                                  |   |

## G - ENTOURAGE FAMILIAL EN SOUTIEN DIRECT DE LA PERSONNE (hors de l'institution)

**Remarque :** *si la personne handicapée vit seule, ou si elle vit en permanence en institution spécialisée (sanitaire ou médico-sociale), veuillez passer à la question 18*

### 17- La personne handicapée (hors de l'institution) vit :

Plusieurs réponses possibles

- Vit avec :**
1. son époux(se)/pacsé(e)/concubin(e), sans enfant à charge
2. son époux(se)/pacsé(e)/concubin(e) et enfant(s) à charge
- Précisez si :**
- époux(se)/pacsé(e)/concubin(e) est âgé de plus de 65 ans
- époux(se)/pacsé(e)/concubin(e) est handicapé(e)
3. enfant(s) à charge
- Vit chez :**
4. ses 2 parents
5. l'un de ses parents
- Précisez si :**
- l'un des parents est âgé de plus de 65 ans
- l'un des parents est handicapé
6. un autre membre de sa famille (fratrie, oncle, tante, grands-parents, enfant...)
7. une famille d'accueil
8. Autre (précisez) :

### 18- Quels sont les aidants familiaux ?

Dans le tableau ci-dessous, précisez quels sont les aidants familiaux (Mère, Père, époux(se)/pacsé(e)/concubin(e), enfant, frère, sœur, autre ...) et renseigner les colonnes pour chacun des aidants :

Aidants familiaux	Vit au foyer		Travaille		Aide et accompagne	
	oui	non	oui	non	régulièrement	parfois

## H - IDENTIFICATION DES BESOINS D'ACCUEIL TEMPORAIRE

### 19- Avez-vous déjà eu besoin de recourir à une formule temporaire, alternative à votre accueil / suivi / accompagnement habituel (au cours des 2 dernières années 2006/2007) :

1. Oui                       2. Non                       3. Ne sait pas

### 20- Si non, pour quel(s) motif(s) :

**21- Si oui, pour quel(s) motif(s) :**

Cochez **une seule case par ligne correspondant à votre situation**

Besoins liés au projet de la personne handicapée	Durée cumulée des séjours sur 2 années					
	1 à 15 j.	16 à 30 j.	31 à 60 j.	61 à 90 j.	91 à 140 j.	141 à 180 j.
1- Séjour de préparation à l'entrée dans une institution, préparation d'un retour à domicile, changement d'orientation...						
2- Séjour lié au projet éducatif, de soins						
3- Séjour lié à un besoin de distanciation (crise, rupture) avec l'entourage, l'institution						
4- Séjour de vacances de la personne handicapée						
5- Séjour en attente de place en institution						
6- Autre raison éducative ou médicale						

Besoins liés à l'indisponibilité de l'aidant familial	Durée cumulée des séjours sur 2 années					
	1 à 15 j.	16 à 30 j.	31 à 60 j.	61 à 90 j.	91 à 140 j.	141 à 180 j.
7- Pour raisons de santé						
8- Pour raisons professionnelles						
9- En raison de congés, événements familiaux						
10- Autre indisponibilité familiale occasionnelle						

Besoins liés au répit des aidants familiaux	Durée cumulée des séjours sur 2 années					
	1 à 15 j.	16 à 30 j.	31 à 60 j.	61 à 90 j.	91 à 140 j.	141 à 180 j.
11 – Soulagement périodique de la famille						
12 – Situation de crise familiale						

**22- Quelle(s) solution(s) avez-vous utilisées ? Etaient-elles adaptées à vos besoins ?**

*Il ne s'agit pas d'émettre un jugement de valeur, mais de dire, en face de chaque solution utilisée, si elle vous a paru être la bonne formule pour répondre à vos besoins*

Type de solution alternative utilisée au moins 1 fois	Cochez si utilisées au moins 1 fois	Niveau d'adaptation de la solution			
		Très adaptée	Adaptée	Peu adaptée	Pas adaptée
Dans une structure ou un service d'accueil temporaire spécialisé médico-social					
Dans une autre structure spécialisée médico-sociale					
Recours à une offre spécifique au sein de l'établissement fréquenté					
Dans une structure ou un service d'accueil temporaire spécialisé sanitaire					
Dans une structure sanitaire					
Dans une maison de retraite					
Dans une famille d'accueil					
Par l'intervention d'une tierce personne à domicile (professionnelle ou non)					
Dans l'entourage (famille, amis, voisins) hors du domicile habituel					
Autre (précisez)					

**23- En fait, savez-vous qu'une personne handicapée peut être accueillie de manière temporaire (c'est-à-dire pour une durée limitée) dans un établissement ou un service spécialisé ?**

1. Oui                       2. Non

**Rappel :** Cet accueil temporaire peut permettre des temps de répit aux aidants familiaux, la mise en place de modalités d'essai ou d'expérimentation dans l'accompagnement de la personne, l'articulation entre deux projets d'accompagnement, de pallier les périodes de fermeture des structures, etc....

**24- De quelle(s) forme(s) d'accueil pourriez-vous avoir besoin à l'avenir ?**

L'accueil temporaire peut prendre plusieurs formes (de manière séquentielle, à temps plein ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour).

- ☛ Plusieurs réponses possibles :
1. Accueil de jour                       3. Hébergement de nuit seulement  
 2. Accueil de jour et de nuit                       4. Pas de besoin particulier

**25- A quel(s) moment(s) en particulier ?**

►►► Plusieurs réponses possibles :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. en semaine    | <input type="checkbox"/> 3. en période de vacances |
| <input type="checkbox"/> 2. les week-ends | <input type="checkbox"/> 4. autres (précisez) :    |

**26- Selon quelle périodicité auriez-vous besoin d'un accueil temporaire ?**

►►► Une seule réponse possible :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 1 fois par semaine  | <input type="checkbox"/> 4. 3 à 4 fois par an       |
| <input type="checkbox"/> 2. 1 à 2 fois par mois | <input type="checkbox"/> 5. Selon les circonstances |
| <input type="checkbox"/> 3. 1 à 2 fois par an   | <input type="checkbox"/> 6. autres (précisez) :     |

**27- Pour quelle durée **par an** auriez-vous besoin d'un accueil temporaire ?**

►►► Une seule réponse possible :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 1 à 8 jrs   | <input type="checkbox"/> 4. 31 à 45 jrs         |
| <input type="checkbox"/> 2. 9 à 15 jrs  | <input type="checkbox"/> 5. 46 à 60 jrs         |
| <input type="checkbox"/> 3. 16 à 30 jrs | <input type="checkbox"/> 6. 61 à 90 jrs         |
|   | <input type="checkbox"/> 7. Autres (précisez) : |

**28- Selon quelles modalités ?**►►► Classez dans l'ordre de préférence (1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> ...) et n'indiquez rien si vous ne souhaitez pas de modalité précise

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1. Dans une institution                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2. En présence d'un intervenant à domicile |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3. Dans une famille d'accueil              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4. En mixant plusieurs solutions           |

**29- Durant un séjour en accueil temporaire, quel(s) type(s) d'activité souhaiteriez-vous que la structure vous propose ?**►►► Classer dans l'ordre de préférence (1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup> ...) / Vous pouvez préciser vos choix :

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Activités culturelles :              |
| <input type="checkbox"/> 2. Activités sportives:                 |
| <input type="checkbox"/> 3. Activités manuelles et artistiques : |
| <input type="checkbox"/> 4. Autres :                             |

**30- Pour permettre cet accueil temporaire, quels sont vos besoins en matière de soins ?**

►►► Plusieurs réponses possibles

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Suivi de traitements médicamenteux  |
| <input type="checkbox"/> 2. Soins spécifiques ou accompagnements thérapeutiques (ex. liés à une assistance respiratoire, à une épilepsie ...) |
| <input type="checkbox"/> 3. Aucun   |
| <input type="checkbox"/> 4. Autres (précisez) :   |
| <input type="checkbox"/> 5. Aucune activité particulière souhaitée  |

**31- Parmi ces traitements et ces soins, certains nécessitent-ils la présence d'un(e) infirmier(e)?**

- |                                 |                                 |   |
|---------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Oui | <input type="checkbox"/> 2. Non | <input type="checkbox"/> 3. Ne sait pas |
|---------------------------------|---------------------------------|---|

**32- Quels temps de trajet accepteriez-vous de faire pour utiliser un accueil temporaire ?**

(en partant de votre résidence habituelle qui peut être le domicile ou la structure spécialisée)

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. <u>Pour un accueil de jour</u> :                              | / _____ / minutes de trajet |
| <input type="checkbox"/> 2. <u>Pour un accueil avec hébergement sur plusieurs jours</u> : | / _____ / minutes de trajet |

***Nous vous remercions d'avoir bien voulu prendre un peu de temps pour remplir ce questionnaire.***