**ENQUETE SUR LES BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

**SUR LE DEPARTEMENT DU BAS-RHIN**

L’Agence Régionale de Santé (ARS) Grand Est et la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) du Bas-Rhin souhaitent connaître les besoins des personnes en situation de handicap dans différents domaines de la vie par le biais de ce questionnaire.

**Ce questionnaire est entièrement anonyme**.

Vous pouvez le compléter jusqu’au **31 janvier 2020**.

Les résultats de ce questionnaire resteront anonymes et permettront d’évaluer les besoins des personnes en situation de handicap, par territoire. Une meilleure connaissance de ces besoins pourra améliorer la participation et la coordination de tous les acteurs engagés dans le parcours de vie des personnes en situation de handicap.

**Ce questionnaire est disponible en ligne et en facile à lire et à comprendre sur le site internet du Conseil Départemental.**

**Vous pouvez envoyer le questionnaire papier à l’adresse suivante :**

**KAJUCI – 13 a rue des prés – 67990 OSTHOFFEN**

* Vous êtes en situation de handicap

**ou**

* Vous répondez pour une personne en situation de handicap

*L’ensemble des questions qui suivent concerne la personne en situation de handicap*

1. Vous êtes 🞏 un homme 🞏 une femme

Quelle est votre année de naissance : …………………………………….

1. Dans quelle commune habitez-vous ? …………………………………………………………
2. Quelle est votre situation maritale ?

🞏 Célibataire 🞏 Marié(e) 🞏 Pacsé(e)

1. Par quel type de handicap êtes-vous concerné ?
* Handicap cognitif
* Handicap psychique
* Polyhandicap
* Handicap visuel
* Handicap auditif
* Handicap intellectuel
* Handicap moteur
* Traumatisme crânien
* Plurihandicap
* Autisme ou autres troubles envahissant du développement
* Troubles majeurs du comportement
* Maladie invalidante
1. Quelle est l’origine de votre handicap ?
* De naissance
* Acquis (maladie ou accident)

**SCOLARISATION ET EDUCATION**

1. Vous êtes
* Scolarisé(e)
* En formation professionnelle
1. Si vous êtes scolarisé(e), êtes-vous scolarisé(e) :
* À temps plein
* À temps partiel
1. Vous êtes scolarisé(e) :
* Dans un établissement de l’Education Nationale
* À l’université ou dans un établissement de formation supérieure (IUT, BTS …)
* Dans un établissement médico-social
* Dans un centre de formation pour apprentis
* Dans un établissement de formation professionnelle
* En enseignement à distance
* Autre, précisez : …………………………………………………………………………
1. Si vous avez fait des études, quel est votre niveau d’étude ?
* Brevet, CAP ou BEP
* Bac ou bac pro
* Bac +2
* Bac +3
* Bac +5 et plus
1. Votre situation vous paraît-elle satisfaisante ?
* Oui
* Non
1. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez ou que vous avez rencontrées ?
2. Avez-vous besoin d’aide(s) pour votre scolarité ou pendant vos études ?
* Oui
* Non
1. Si oui, pouvez-vous définir quel type d’aide ?
2. Qui vous apporte cette aide (plusieurs choix possibles) ?
* Votre famille ou un proche
* Un professionnel d’un établissement ou d’un service médico-social
* L’Education Nationale
* La MDPH
* Autre, précisez : …………………………………………………………………………
* Personne

**EMPLOI**

1. Occupez-vous actuellement un emploi ?
* Oui
* Non
1. Dans le cas où vous occupez un emploi, cet emploi est :
* En milieu ordinaire
* Dans une entreprise adaptée
* Dans un ESAT
1. Si vous occupez un emploi, travaillez-vous :
* À temps plein
* À temps partiel
1. En ce qui concerne l’emploi, avez-vous identifié des bloquants ?
* Oui
* Non
1. Si oui, précisez dans quelle circonstance (embauche, maintien dans l’emploi, évolution de carrière…) ?
2. De quelle manière contournez-vous les points bloquants (plusieurs choix possibles) ?
* Seul
* Avec l’aide de la famille ou d’un proche
* Un professionnel d’un établissement ou d’un service médico-social
* Avec l’aide de Pôle Emploi
* Avec l’aide de CAP Emploi
* Autre, précisez : …………………………………………...……………………………

**MOBILITE**

1. Rencontrez-vous des difficultés pour vos déplacements courants ou occasionnels ?
* Oui
* Non
1. Pour votre mobilité avez-vous recours à (plusieurs choix possibles) :
* Un déambulateur
* Une ou des cannes
* Un fauteuil roulant manuel
* Un fauteuil roulant électrique
* Un chien guide
* Une canne blanche
* Autre, précisez :………………………………………………………………………….
* Aucune aide technique
1. De quelle nature sont vos besoins en déplacement (plusieurs choix possibles) ?
* Emploi
* Scolarité
* Courses
* Loisirs et vie sociale
* Visite à la famille
* Soin et santé
* Démarches administratives
1. Parmi les moyens de transport suivants, lesquels utilisez-vous ?

Cochez les cases correspondantes

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Jamais | Occasionnellement | Régulièrement | Tous les jours |
| Véhicule personnel | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Transports collectifs réseau urbain | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Transports collectifs réseau départemental | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Train | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Taxi | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Ambulance ou VSL | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Transport adapté associatif | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Transport à la demande  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Famille, amis | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Autre, précisez :…………………………… | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |

1. Quels sont les principaux freins à l’utilisation de ces transports ?

Cochez les cases correspondantes (plusieurs choix possibles)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Accessibilité | Coût | Isolement du lieu d’habitation | Délais de réservation | Horaires inadaptés | Absence d’aide au transfert | Absence d’aide humaine | Craintes personnelles |
| Véhicule personnel | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Transports collectifs réseau urbain | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Transports collectifs réseau départemental | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Train | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Taxi | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Ambulance ou VSL | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Transport adapté associatif | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Transport à la demande  | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Famille, amis | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |

Autre, précisez : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Si vous aviez le choix, quel moyen de transport souhaiteriez-vous privilégier et pourquoi ?

**LOGEMENT ET HABITAT INCLUSIF**

1. Où vivez-vous actuellement ?
* À domicile seul ou en couple
* Au domicile de vos parents
* En établissement
* En habitat inclusif

*(L’habitat inclusif permet à la personne d’habiter dans un logement autonome avec un espace partagé pour tous les habitants. Ce logement est dans un environnement sécurisé).*

***Si vous n’habitez pas en habitat inclusif, allez directement à la question n°32***

1. Si vous habitez dans un habitat inclusif, avez-vous le sentiment de gérer vos projets et d’être accompagné pour les réaliser ?
* Oui tout à fait
* Plutôt oui
* Plutôt non
* Non pas du tout

Précisez pourquoi ………………………………….………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Si vous habitez dans un habitat inclusif, pensez-vous qu’on prend assez en compte votre avis concernant votre logement, les services qui y interviennent, vos activités, vos projets… ?
* Oui tout à fait
* Plutôt oui
* Plutôt non
* Non pas du tout, précisez pourquoi …………..………………………………….

………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

1. Dans le cadre de votre habitat inclusif, vous sentez-vous :
* Plus autonome
* Ni plus ni moins autonome
* Je ne sais pas
* Moins autonome, précisez pourquoi ……………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Dans le cadre de votre habitat inclusif, vous pensez :
* Avoir une vie sociale plus riche
* Avoir une vie sociale équivalente
* Je ne sais pas
* Avoir une vie sociale moins riche

Précisez pourquoi ……………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Avez-vous eu des difficultés à trouver un logement adapté à vos besoins ?
* Oui
* Non
1. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?
2. Si votre logement actuel ne correspond pas à vos envies, dans quel type de logement souhaiteriez-vous habiter ?
3. Si vous souhaitez changer de logement et que vos démarches n’ont pas abouti, quelle(s) en est ou en sont la ou les raison(s) ?
* Besoins d’aide humaine non satisfaits
* Absence de logement disponible
* Problème budgétaire
* Distance géographique
* Demande en cours
* Autre raison, précisez : ………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Si vous souhaitez changer de logement et que vous n’avez pas engagé de démarche, quelle(s) en est ou en sont la ou les raison(s) ?
* Difficultés d’organisation (aide humaine …)
* Problème budgétaire
* Crainte de l’isolement
* Autre raison, précisez …………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Votre domicile est-il suffisamment aménagé en fonction des besoins liés à votre handicap ?
* Oui
* Non
* Mon handicap ne nécessite pas d’aménagement particulier
1. Si des aménagements sont nécessaires, pourquoi ne sont-ils pas réalisés ?

(plusieurs choix possibles)

* Vous avez encore besoin de conseil
* Par manque de financements
* Par manque d’information sur les possibilités de financements
* Autre raison, précisez ……………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**SANTE**

1. Rencontrez-vous des difficultés pour accéder aux consultations médicales ?
* Oui
* Non
1. Si oui, pouvez-vous préciser pour quel(s) type(s) de consultation ?

(plusieurs choix possibles)

* Aux urgences
* Chez un médecin généraliste
* Chez un médecin spécialiste (dentiste, gynécologue, ophtalmologue…)
* Chez un professionnel paramédical (kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute…)
1. Si oui, pour quel(s) motif(s) ? (plusieurs choix possibles)
* La distance géographique
* L’accessibilité du lieu
* Le coût
* Le refus de soin
* Autre motif

Précisez : …………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. L’un des motifs ci-dessus vous a-t-il déjà amené à ne pas consulter un professionnel de santé ou à ne pas continuer un suivi médical ?
* Oui
* Non
1. Vous faites-vous aider (par un proche ou un professionnel) pour vous faire soigner ?
* Oui
* Non
1. Si oui, pouvez-vous préciser comment et/ou par qui ?

**VIE SOCIALE ET LOISIRS**

1. Pratiquez-vous des activités de loisirs (associatives, sportives, culturelles…) ?
* Oui, régulièrement
* Oui, ponctuellement
* Non
1. Avez-vous choisi seul ces activités ?
* Oui
* Non
1. Si vous n’avez pas choisi seul ces activités, les appréciez-vous ?
* Oui
* Non
1. Si vous ne pratiquez pas d’activités de loisirs, quelle en est la raison principale ? (plusieurs choix possibles)
* Il n’y a pas de structure adaptée à votre handicap à proximité
* Vous n’avez pas d’information sur les structures de loisirs existantes
* Vous n’avez pas de moyen de transport
* Vous n’en avez pas envie
* Autre raison

Précisez : …………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Êtes-vous satisfait de votre vie sociale en journée la semaine ?
* Oui
* Non
1. Êtes-vous satisfait de votre vie sociale en soirée la semaine ?
* Oui
* Non
1. Êtes-vous satisfait de votre vie sociale le week-end ?
* Oui
* Non
1. Que souhaiteriez-vous faire pour améliorer votre vie sociale ?

(plusieurs choix possibles)

* Voir ma famille plus souvent
* Voir mes amis plus souvent
* Me faire de nouveaux amis
* Participer à la vie culturelle (cinéma, concert, théâtre, exposition, bar, restaurant…)
* Participer à des activités de loisirs ou sportives dans une association
* Autre :

Précisez ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**LA FAMILLE, LES AIDANTS**

1. Si vous résidez à votre domicile, quelles sont les personnes qui vous accompagnent ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Surtout le(s) parent(s) ou les aidants familiaux | Surtout les intervenants professionnels | Les deux à part égale | Je n’ai pas besoin d’une aide liée à mon handicap |
| Pour les besoins essentiels quotidiens (se lever/se coucher, se laver, manger/boire, se déplacer, etc) |  |  |  |  |
| Pour les besoins nécessitant une certaine technicité (aspiration endo-trachéale, positionnement…) |  |  |  |  |
| Pour les apprentissages ou une aide aux devoirs |  |  |  |  |
| Dans les activités extérieures (non scolaires) |  |  |  |  |
| Pour la garde de nuit et de week-end (surveillance et présence constante) |  |  |  |  |
| Pour la garde de jour (surveillance et présence constante) |  |  |  |  |

1. Pour les besoins cités dans le tableau ci-dessous, considérez-vous qu’ils sont suffisamment pourvus ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI, suffisamment | NON, pas suffisamment  | Non concerné |
| Pour les besoins essentiels quotidiens (se lever/se coucher, se laver, manger/boire, se déplacer, etc) |  |  |  |
| Pour les besoins nécessitant une certaine technicité (aspiration endo-trachéale, positionnement…) |  |  |  |
| Pour les apprentissages ou une aide aux devoirs |  |  |  |
| Dans les activités extérieures (non scolaires) |  |  |  |
| Pour la garde de nuit et de week-end (surveillance et présence constante) |  |  |  |
| Pour la garde de jour (surveillance et présence constante) |  |  |  |

1. Si vous résidez à votre domicile, avez-vous des besoins qui ne figurent pas dans le tableau et qui nécessiteraient une aide humaine ?
* Oui, précisez lesquels………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………..

* Non
1. Si les prestations suivantes étaient proposées par un service extérieur, quelles sont celles qui vous sembleraient les plus utiles ? (cochez 3 cases maximum)
* L’aide à la parentalité (intervention d’un professionnel pour vous soutenir dans votre rôle de parent et vous fournir les conseils en matière d’éducation)
* La garde partagée à domicile (deux ou plusieurs familles regroupent leurs enfants au domicile de l’une d’entre elles et partagent les frais de rémunération d’un intervenant professionnel)
* Le baluchonnage (un intervenant professionnel s’installe chez vous pendant une absence de votre famille ou aidant pendant 24 heures ou plus)
* Les groupes de parole (les parents ou aidants se rencontrent et discutent entre eux, dans le cadre d’un programme animé par des professionnels)
* Les prestations actuellement proposées suffisent
* Autre, précisez …………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Les personnes (famille, proches) qui vous accompagnent ont-elles suffisamment d’informations sur :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI, suffisamment | NON, pas suffisamment  | Non concerné |
| La maladie, le handicap, la dépendance ? |  |  |  |
| Les organismes qui proposent une information voire une formation aux aidants familiaux ? |  |  |  |
| Le droit des aidants (retraite, congés…) ? |  |  |  |
| L’adaptation du domicile et les aides techniques ? |  |  |  |
| Les services d’aide à domicile ? |  |  |  |
| Le portage de repas ? |  |  |  |
| Les solutions de répit (accueil de jour, hébergement temporaire…) ? |  |  |  |
| Les aides financières ? |  |  |  |

**VIE INTIME, AFFECTIVE ET SEXUELLE**

1. Éprouvez-vous des difficultés à avoir des relations affectives ?
* Oui
* Non
1. Si oui, quelles raisons avez-vous pu identifier ?
2. Éprouvez-vous des difficultés dans votre vie intime et sexuelle ?
* Oui
* Non
* Ne se prononce pas
1. Si oui, d’après vous vos difficultés sont-elles (plusieurs choix possibles) :
* Physiques
* Psychologiques
* Relationnelles
* Sexuelles
* Financière
* Autre, précisez :………………………………………………………….………………
1. Vous sentez-vous libre d’aborder le sujet de la sexualité ?
* Oui
* Non
1. Avez-vous cherché conseil et/ou aide auprès de (plusieurs choix possibles) :
* Famille
* Amis
* Association
* Professionnels de la santé
* Professionnels de mon établissement ou service médico-social
* Autre, précisez : …………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Avez-vous été satisfait des réponses données ?

🞏 Oui 🞏 Non

1. Avez-vous besoin d’une aide ?

🞏 Oui 🞏 Non

1. Si oui, laquelle ?

**L’ACCES AUX DROITS**

1. Selon vous, diriez-vous qu’il est aujourd’hui facile ou non de faire des démarches :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Très facile | Assez facile | Assez difficile | Très difficile | Pas concerné |
| À la Préfecture | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| À la MDPH | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| À la mairie | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |
| Sur les sites internet administratifs | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 | 🞏 |

1. Si vous avez besoin d’aide pour ces démarches, à qui faites-vous appel ?

(plusieurs choix possibles)

* Famille
* Amis
* Association
* Travailleurs sociaux
* Professionnels de mon établissement ou service médico-social
* Autre, précisez : …………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Engagement pour la confidentialité des données :**

**Le Conseil Départemental du Bas-Rhin et l’Agence Régionale de Santé Grand Est ont limité les questions à caractère personnel au strict nécessaire. L’enquête est facultative et aucune question n’est obligatoire : la personne concernée consent au traitement de ses données par le fait qu’elle réponde aux questions.**

**L’enquête est libre d’accès et peut être renseignée en continu depuis le site** [**http://bas-rhin.fr**](http://bas-rhin.fr)

**L’enquête fait l’objet d’un traitement par la société KAJUCI** [**www.kajuci.com**](http://www.kajuci.com)

**Toutes les parties impliquées dans le traitement s’engagent à respecter le secret statistique afin qu’aucun individu ne puisse être identifié ou identifiable.**