

Partie A : questionnaire destiné à la personne bénéficiaire

Identifiant de la personne bénéficiaire :.....

La partie A a pour but de décrire l'ensemble des services fournis par les professionnels utilisés régulièrement (la partie B est destinée à l'aidant principal pour décrire le temps passé à l'aide).

Ce questionnaire doit être administré **en interview par un professionnel** qui suit régulièrement la personne bénéficiaire.

Nous vous remercions d'être bien attentif au type de réponse attendue : temps total par mois ou semaine.

Merci d'avance de votre aimable participation.

Professionnels de santé	Indiquer le nombre le nombre d'heures et/ou minute - 0 si le professionnel ne réalise aucun soin - et laisser vide si inconnu
<p>1. Est-ce que vous avez reçu des soins infirmiers la semaine dernière ? Oui Non</p>	<p>Si oui, combien d'heures au total et/ou minutes l'infirmière est-elle venue chez vous la semaine dernière ?</p> <p>Nombre d'heures (0 – 60) :..... Et/ou Nombre de minutes (0-59):.....</p>
<p>2. Est-ce qu'une aide-soignante est venue chez vous la semaine dernière ? Oui Non</p>	<p>Si oui, combien d'heures au total et/ou minutes l'aide-soignante est-elle venue chez vous la semaine dernière ?</p> <p>Nombre d'heures (0 – 60) :..... Et/ou Nombre de minutes (0-59):.....</p>
<p>3. Est-ce qu'un kinésithérapeute est venu chez vous (et/ou en consultation) le mois dernier ? Oui Non</p>	<p>Si oui, combien d'heures au total et/ou minutes le kinésithérapeute est-il venu chez vous et/ou en consultation chez le professionnel le mois dernier ?</p> <p>Nombre d'heures (0 – 60) :..... Et/ou Nombre de minutes (0-59):.....</p>

Questionnaire économique

Professionnels de santé	Indiquer le nombre le nombre d'heures et/ou minute - 0 si le professionnel ne réalise aucun soin - et laisser vide si inconnu
<p>4. Est-ce qu'un logopède est venu chez vous (et/ou en consultation) le mois dernier ? Oui Non</p>	<p>Si oui, combien d'heures au total et/ou minutes le logopède est-il venu chez vous et/ou en consultation chez le professionnel <u>le mois dernier</u> ?</p> <p>Nombre d'heures (0 – 60) :..... Et/ou Nombre de minutes (0-59):.....</p>
<p>5. Est-ce qu'une pédicure est venue chez vous (et/ou en consultation) le mois dernier ? Oui Non</p>	<p>Si oui, combien d'heures au total et/ou minutes la pédicure est-elle venue chez vous et/ ou en consultation chez le professionnel <u>le mois dernier</u> ?</p> <p>Nombre d'heures (0 – 60) :..... Et/ou Nombre de minutes (0-59):.....</p>

Services à domicile hors secteur de la santé	Indiquer le nombre d'heures et/ou minute - 0 si le professionnel ne réalise aucun soin - et laisser vide si inconnu	
<p>6. Est-ce qu'une aide familiale est venue chez vous la semaine dernière ? Oui Non</p>	<p>Si oui, combien d'heures au total et/ou minutes l'aide familiale est-elle venue chez vous <u>la semaine dernière</u> ?</p> <p>Nombre d'heures (0 – 56) :..... Et/ou Nombre de minutes (0-59):.....</p>	
<p>7. Est-ce qu'une aide-ménagère est venue chez vous la semaine dernière ? Oui Non</p>	<p>Si oui, combien d'heures au total et/ou minutes l'aide-ménagère est-elle venue chez vous <u>la semaine dernière</u> ?</p> <p>Nombre d'heures (0 – 56) :..... Et/ou Nombre de minutes (0-59):.....</p>	
<p>8. Est-ce que vous avez fait appel à un service de livraison de repas à domicile le mois dernier? Oui Non</p>	<p>Nombre de repas par mois</p>	<p>0-60</p>

<p>Que pensez-vous des affirmations suivantes concernant les « bons soins » ?</p> <p><i>Laisser vide si inconnu</i></p> <p>Si l'affirmation comporte plusieurs parties, évaluer l'ensemble de l'affirmation : Par exemple, item9. Pour que l'information soit adéquate, il faut qu'elle soit à la fois compréhensible et précise.</p>	
<p>9. Les informations concernant l'aide et les soins que je reçois sont compréhensibles et précises.</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 : pas du tout d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 2 : peu d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 3 : moyennement d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 4 : presque d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 5 : tout à fait d'accord</p>
<p>10. Je reçois l'aide et les soins que j'ai demandés.</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 : pas du tout d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 2 : peu d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 3 : moyennement d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 4 : presque d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 5 : tout à fait d'accord</p>
<p>11. Je reçois l'aide et les soins qui correspondent à mes besoins.</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 : pas du tout d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 2 : peu d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 3 : moyennement d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 4 : presque d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 5 : tout à fait d'accord</p>
<p>12. L'aide et les soins que je reçois sont bien en accord entre eux.</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 : pas du tout d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 2 : peu d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 3 : moyennement d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 4 : presque d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 5 : tout à fait d'accord</p>
<p>13. Je sais quelle personne contacter pour modifier la prise en charge.</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 : pas du tout d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 2 : peu d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 3 : moyennement d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 4 : presque d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 5 : tout à fait d'accord</p>
<p>14. Je reçois de l'aide attentionnée et respectueuse par des professionnels compétents.</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 : pas du tout d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 2 : un peu d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 3 : moyennement d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 4 : presque d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 5 : tout à fait d'accord</p>
<p>15. J'ai des contacts directs et réguliers avec des professionnels qui me permettent d'avoir de l'aide rapidement pour éviter une situation de crise.</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 : pas du tout d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 2 : un peu d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 3 : moyennement d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 4 : presque d'accord</p> <p><input type="checkbox"/> 5 : tout à fait d'accord</p>
<p>16. Je suis</p>	<p><input type="checkbox"/> le bénéficiaire du projet</p> <p><input type="checkbox"/> son aidant informel</p>

<p>17. Avez-vous dû renoncer à des soins et services au cours des 6 derniers mois ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, merci de passer à la question suivante</p> <p><i>Laisser vide si inconnu</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
<p>a. Si oui, indiquer le nom/type du service/soin qui n'a pu être fourni/effectué</p> <p>Nom du service/soin 2 :</p> <p>.....</p>	<p>b. Merci d'indiquer la raison pour laquelle le service/soin 1 n'a pu être organisé</p> <p><input type="checkbox"/> Problème d'accessibilité géographique</p> <p><input type="checkbox"/> Trop coûteux</p> <p><input type="checkbox"/> Liste d'attente</p> <p><input type="checkbox"/> Problème de qualité du soin/service</p>
<p>c. Si oui, indiquer le nom/type du service/soin qui n'a pu être fourni/effectué</p> <p>Nom du service/soin 2 :</p> <p>.....</p>	<p>d. Merci d'indiquer la raison pour laquelle le service/soin 2 n'a pu être organisé</p> <p><input type="checkbox"/> Problème d'accessibilité géographique</p> <p><input type="checkbox"/> Trop coûteux</p> <p><input type="checkbox"/> Liste d'attente</p> <p><input type="checkbox"/> Problème de qualité du soin/service</p>
<p>18. Souhaitez-vous continuer à vivre à votre domicile ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non, je souhaite aller en maison de repos</p> <p><input type="checkbox"/> Non, je souhaite aller en résidence-service</p> <p><input type="checkbox"/> Non, je souhaite vivre ailleurs (chez un enfant, un ami)</p> <p><input type="checkbox"/> Ne se prononce pas</p> <p><input type="checkbox"/> N'était pas en mesure de répondre</p>
<p>19. Avez-vous un aidant informel ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, remplir la section suivante</p> <p><input type="checkbox"/> Non Fin du questionnaire</p>

Partie B Questionnaire destiné à l'aidant principal

Identifiant de la personne bénéficiaire :.....

Ce questionnaire a pour but de décrire le travail de **l'aidant principal**, c'est-à-dire, **celui qui consacre le plus de temps à s'occuper de la personne bénéficiaire**. Il est donc souhaitable que ce soit cette personne qui réponde aux questions.

Ce questionnaire doit être administré par un professionnel qui suit régulièrement la personne bénéficiaire en interview avec l'aidant principal.

Merci d'avance de votre aimable participation

	<i>Laisser vide si inconnu</i>
20. Combien d'aidants s'occupent régulièrement de la personne bénéficiaire (au minimum 1 fois par semaine) ?	
21. Quel est le genre de l'aidant principal ?	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
22. Est-ce que vous cohabitez avec la personne bénéficiaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
23. Si vous ne cohabitez pas avec la personne bénéficiaire, indiquer le temps de transport pour vous rendre au domicile de la personne bénéficiaire (temps total aller-retour) ?	De 0 à 240 minutes
24. Vous sentez-vous obligé de rester à proximité de la personne bénéficiaire (p.ex. peu de vacances, peut difficilement déménager, etc.), de manière à pouvoir intervenir en cas de problème?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<p>25. Quel est votre statut ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Chômeur <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Crédit-temps <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Femme/homme au foyer (<i>cette catégorie n'est valable que lorsque toutes les autres proposées ci-dessus ne sont pas pertinentes</i>)
<p>26. Est-ce que vous avez dû réduire ou arrêter complètement votre activité professionnelle pour vous occuper de la personne bénéficiaire ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, indiquer le pourcentage de réduction du temps de travail (0- 100) : <p><i>Exemple : une réduction de 50% (pour un temps plein, cela correspond à un mi-temps). A noter qu'il s'agit ici d'apprécier la réduction du temps de travail et non pas le pourcentage de temps de travail effectif.</i></p>
<p>27. Quel est votre âge ?</p>	
<p>28. De combien de personnes vous occupez vous, personne(s) âgée(s) ou enfant(s) vivant au domicile, personne(s) handicapée(s), le bénéficiaire étant inclus ?</p>	<p>Nombre entre (1-20)</p>

<p>Réalisez-vous certaines tâches listées ci-dessous ?</p> <p>- Laisser vide si inconnu</p> <p>- 0 si la personne ne réalise pas l'activité proposée</p>	<p>Si oui, indiquer combien de temps vous avez consacré la semaine dernière?</p>
<p>29. La surveillance :</p> <p>Oui</p> <p>Non</p> <p><i>Si la personne bénéficiaire nécessite une surveillance constante en raison de confusion ou troubles de comportement importants (24h/24h) alors il n'est pas nécessaire de décrire le temps passé aux autres tâches.</i></p> <p><i>Attention la surveillance 24h/24h implique que l'aidant principal cohabite avec la personne bénéficiaire.</i></p>	<p>Si oui,</p> <p>.....heures (entre 0 et 168)</p> <p>.....minutes (entre 0 et 59)</p>
<p>Les soins personnels</p> <p>Totaliser le temps passé pour la semaine dernière</p>	
<p>30. L'hygiène personnelle et/ou l'habillement de la personne bénéficiaire</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>.....heures (entre 0 et 168)</p> <p>.....minutes (entre 0 et 59)</p>
<p>31. Une aide pour la continence (l'utilisation d'un matériel de continence) et/ou l'utilisation des toilettes</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>.....heures (entre 0 et 168)</p> <p>.....minutes (entre 0 et 59)</p>
<p>32. Une aide lors des repas pour s'alimenter et/ou boire</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>.....heures (entre 0 et 168)</p> <p>.....minutes (entre 0 et 59)</p>
<p>33. Une aide pour se déplacer à l'intérieur du domicile</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>.....heures (entre 0 et 168)</p> <p>.....minutes (entre 0 et 59)</p>

Autres activités d'aide Totaliser le temps passé pour la semaine dernière	
<p>34. Les tâches ménagères : nettoyer le domicile Oui Non <i>Attention à remplir uniquement par les aidants qui n'habitent pas avec la personne bénéficiaire</i></p>	<p>.....heures (entre 0 et 168) minutes (entre 0 et 59)</p>
<p>35. Faire la lessive et le repassage des vêtements de la personne bénéficiaire Oui Non</p>	<p>.....heures (entre 0 et 168) minutes (entre 0 et 59)</p>
<p>36. La préparation des repas Oui Non <i>Attention à remplir uniquement par les aidants qui n'habitent pas avec la personne bénéficiaire</i></p>	<p>.....heures (entre 0 et 168) minutes (entre 0 et 59)</p>
<p>37. La gestion des médicaments de la personne bénéficiaire Oui Non</p>	<p>.....heures (entre 0 et 168) minutes (entre 0 et 59)</p>
<p>38. Transport de la personne bénéficiaire dans le cadre de son suivi médical (au sens large) ou bien pour des questions administratives (exclure le transport pour visiter des amis) Oui Non</p>	<p>.....heures (entre 0 et 168) minutes (entre 0 et 59)</p>
<p>39. Faire les courses <i>Attention à remplir uniquement par les aidants qui n'habitent pas avec la personne bénéficiaire</i> Oui Non</p>	<p>.....heures (entre 0 et 168) minutes (entre 0 et 59)</p>
<p>40. La gestion des finances <i>Attention à remplir uniquement par les aidants qui n'habitent pas avec la personne bénéficiaire</i> Oui Non</p>	<p>.....heures (entre 0 et 168) minutes (entre 0 et 59)</p>
<p>41. L'organisation et le suivi des aides professionnelles reçues à domicile (ex. : les soins infirmiers, l'aide familiale...) ou hors domicile (ex : activités en centre de soins de jour) Oui Non</p>	<p>.....heures (entre 0 et 168) minutes (entre 0 et 59)</p>
<p>42. Retrouver les affaires égarées <i>(uniquement par les aidants qui n'habitent pas avec la personne bénéficiaire)</i> Oui Non</p>	<p>.....heures (entre 0 et 168) minutes (entre 0 et 59)</p>

<p>46. Est-ce qu'une entrée définitive en maison de repos a déjà été décidée? <i>Laisser vide si inconnu</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Non : la question n'a jamais été envisagée <input type="checkbox"/> Oui : la question a été envisagée mais la personne reste à son domicile. <i>Si oui, cocher ci-dessous la ou les raisons pour laquelle/lesquelles la personne reste à domicile :</i></p>
<p><input type="checkbox"/> Son état fonctionnel et cognitif s'est amélioré. <input type="checkbox"/> Son domicile a été adapté. <input type="checkbox"/> Une aide professionnelle et/ou de soutien à domicile ont été mis en place <input type="checkbox"/> La famille n'a pas réussi à se mettre d'accord sur cette question. <input type="checkbox"/> Le séjour en maison de repos est trop coûteux. <input type="checkbox"/> La personne bénéficiaire souhaite rester vivre à son domicile <input type="checkbox"/> La famille ou l'aidant proche souhaite que la personne bénéficiaire reste à son domicile. <input type="checkbox"/> La personne est en attente d'une place en maison de repos (liste d'attente). <input type="checkbox"/> La personne est sur liste d'attente d'une maison de repos mais à titre préventif seulement. <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s) non mentionnée(s) précédemment :</p> <p>.....</p>	