

Proches Accompagnants : Soutenir sans s'oublier !

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre d'un diagnostic territorial des **besoins des proches accompagnants**, mené par la commission des financeurs de l'Oise et réalisé par l'unité de recherche IDEALISS. Il est destiné aux aidants de tout âge dont l'aidé a 60 ans ou plus.

Durée estimée : 15 minutes.

Qui sommes-nous ?

L'unité de recherche IDEALISS vise à évaluer les effets de l'environnement et de l'alimentation, dès le choix des matières premières, sur l'apparition de maladies chroniques et sur le vieillissement, au moyen d'une approche intégrative prenant en compte la santé humaine ainsi que celle des animaux de production et des animaux de compagnie.

Située sur nos campus de Beauvais et de Rouen, elle est constituée d'une quarantaine d'enseignants-chercheurs, de post-doctorants et de doctorants, et a pour objectif de proposer également **des outils et des méthodes permettant de bien vieillir, avec un meilleur respect de l'environnement de l'individu et des populations.**

Quel est notre projet ?

Dans un contexte de vieillissement marqué de la population et de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, les « proches accompagnants » occupent une place centrale dans l'accompagnement au quotidien. Toutefois, ces aidants restent largement insuffisamment identifiés, et leurs besoins spécifiques, notamment en matière de santé, de répit, d'organisation du quotidien ou d'accès aux dispositifs, demeurent partiellement documentés à l'échelle départementale.

Le projet repose sur une méthodologie combinant les approches quantitatives et qualitatives, permettant à la fois d'objectiver les besoins à l'échelle du territoire et d'en comprendre les déterminants.

Pourquoi avons-nous besoin de vous ?

Pour mettre en place des actions de prévention qui répondent à vos attentes et à **vos besoins en matière de santé et de bien-être**, nous avons besoin **d'en savoir davantage sur vous et sur votre quotidien** en tant que « proches accompagnants ». C'est pourquoi votre participation à ce questionnaire est primordiale !

Pour que votre réponse soit prise en compte, veuillez à répondre à toutes les questions de ce questionnaire !

Pour en savoir plus sur nos activités : <https://recherche.unilasalle.fr/idealiss>

1. Aidez-vous régulièrement un proche (membre de votre famille ou non) à effectuer une ou plusieurs de ces tâches ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Vie quotidienne : repas, courses, ménage, transport, hygiène personnelle
- ☐ Bien-être moral et psychologique : soutien moral, visites régulières, accompagnement à l'extérieur du domicile
- ☐ Santé : soins, prise de rendez-vous médicaux, prise de médicaments
- ☐ Gestion administrative : Courriers, accompagnement dans les démarches, aide à la prise de décisions
- ☐ Moyens matériels et financiers : soutien financier, hébergement permanent, hébergement occasionnel

2. Aviez-vous connaissance/ déjà entendu le terme "aidant" avant ce questionnaire ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Le **PROCHE AIDANT** d'une personne est défini comme « **son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne** » (Source : Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, 2015).

Le soutien d'un aidant peut prendre diverses formes, comme mentionné dans la question précédente. La personne aidée peut être un enfant, un adulte ou une personne âgée, malade, handicapée ou en perte d'autonomie, par exemple.

3. En ayant pris connaissance de la définition d'un « proche aidant », vous considérez-vous comme tel ?

- ☐ Oui
- ☐ Non, je ne soutiens personne
- ☐ Non, je soutiens un proche mais je ne me définis pas comme un aidant
- ☐ Je ne sais pas

Partie 1 : Votre profil

4. Vous êtes :

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme
- ☐ Je ne souhaite pas le préciser

5. Quel âge avez-vous ?

6. Dans quelle commune habitez-vous ? (Merci d'indiquer le code postal)

7. Quel est votre statut professionnel ?

- ☐ Profession intermédiaire
- ☐ Agriculteur(trice) exploitant(e)
- ☐ Artisan, commerçant(e) ou chef(fe) d'entreprise
- ☐ Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- ☐ Sans activité professionnelle / Demandeur d'emploi
- ☐ Ouvrier(ère)
- ☐ Retraité(e)
- ☐ Employé(e)
- ☐ Autre, précisez :

7A. Si vous exercez actuellement une activité professionnelle, travaillez-vous :

- ☐ Temps complet
- ☐ Temps partiel inférieur à 50 %
- ☐ Mi-temps (50 %)
- ☐ Temps partiel entre 50 % et 79 %
- ☐ Temps partiel supérieur à 80 %
- ☐ Temps partiel à 80 %
- ☐ Ne sait pas / ne souhaite pas répondre

8. Quelle est votre situation conjugale ?

- ☐ En couple (marié, pacsé, en concubinage, en union libre)
- ☐ Seul (célibataire, divorcé, veuf)
- ☐ Je ne souhaite pas le préciser

9. Combien d'enfants et de petits-enfants avez-vous ?

Enfants	Petits-enfants

9A. Si vous avez des enfants ou des petits-enfants, combien d'entre eux vivent sous votre toit ? :

Enfants	Petits-enfants

Partie 2 : Le profil de la personne que vous soutenez

Même si vous accompagnez **plusieurs personnes au quotidien**, les questions suivantes porteront sur la personne à laquelle vous consacrez le plus de temps en tant qu'aidant.
Merci de répondre de manière explicite aux questions ouvertes !

10. À combien de personnes apportez-vous un soutien régulier ?

11. La personne que vous soutenez principalement est :

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme
- ☐ Je ne souhaite pas le préciser

12. La personne que vous soutenez est :

- ☐ Votre conjoint(e)
- ☐ Votre fille ou fils
- ☐ Votre grand-mère ou grand-père
- ☐ Votre mère ou père
- ☐ Un(e) ami(e)
- ☐ Autre, précisez :
- ☐ Votre sœur ou frère
- ☐ Un(e) voisin(e)

13. Quel âge a la personne que vous soutenez ?

- ☐ Moins de 60 ans
- ☐ 60-64 ans
- ☐ 65-69 ans
- ☐ 70-74 ans
- ☐ 75-79 ans
- ☐ 80-84 ans
- ☐ 85-89 ans
- ☐ 90 ans ou plus

14. Pour quelle(s) raison(s) la personne que vous accompagnez a-t-elle besoin de soutien ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- ☐ Vieillesse ou perte d'autonomie liée à l'âge
- ☐ Handicap
- ☐ Maladie
- ☐ Autre, précisez :

14A. Si la personne que vous accompagnez est concernée par une maladie ou un handicap, pouvez-vous préciser lequel ou lesquels ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- ☐ Ostéoporose
- ☐ Dénutrition
- ☐ Surpoids/obésité
- ☐ Diabète
- ☐ Cancer
- ☐ Maladie neurodégénérative (Alzheimer,Parkinson...)
- ☐ Maladie cardiovasculaire (hypercholestérolémie, hypertension artérielle...)
- ☐ Troubles psychiatriques (dépression, bipolarité...)
- ☐ Handicap ou trouble moteur
- ☐ Handicap ou trouble intellectuel
- ☐ Handicap ou trouble sensoriel
- ☐ Aucune de ces pathologies
- ☐ Je ne souhaite pas le préciser
- ☐ Autre(s) pathologie(s), précisez :

15. Où habite la personne que vous soutenez ?

- ☐ Avec vous
- ☐ Dans son propre logement, seule
- ☐ Dans son propre logement, avec une ou plusieurs autre(s) personne(s)
- ☐ En institution (EHPAD, résidence autonomie, MAS, FAM...)
- ☐ Autre, précisez :

16. Si vous n’habitez pas ensemble, quel est le temps de trajet aller depuis votre lieu de vie jusqu’à celui de la personne que vous soutenez ?

- ☐ Moins de 15 minutes
- ☐ Entre 15 et 30 minutes
- ☐ Entre 30 minutes et 1 heure
- ☐ Plus d’1 heure

Partie 3 : Le soutien apporté

17. Selon vous, soutenir votre proche, c’est... (*Plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Normal, ça va de soi
- ☐ Un devoir
- ☐ Un plaisir
- ☐ Un choix
- ☐ Une obligation
- ☐ Une contrainte
- ☐ Un sacrifice
- ☐ Valorisant
- ☐ Dévalorisant
- ☐ Facile
- ☐ Difficile
- ☐ Autre, précisez :

18. Quel type de soutien apportez-vous à votre proche ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Soins de base (toilette, habillage)
- ☐ Tâches ménagères (lessive, repassage, ménage, jardinage)
- ☐ Gestion des repas (courses, cuisine)
- ☐ Gestion du budget, des papiers, des démarches administratives
- ☐ Gestion de la santé (prise des médicaments, accompagnement aux rendez-vous médicaux)
- ☐ Aide à la mobilité (à l’intérieur ou à l’extérieur du domicile)
- ☐ Soutien moral (assurer une présence)
- ☐ Soutien financier
- ☐ Autre, précisez :

19. Depuis combien de temps apportez-vous du soutien à votre proche ? (en années ou en mois)

20. Lorsque vous apportez du soutien à votre proche, combien de temps lui (leur) consacrez-vous en moyenne par jour ? C’est-à-dire la durée cumulée sur une journée de chacune de vos interventions auprès de votre proche.

- ☐ Moins d’1 heure
- ☐ Entre 2 et 4 heures
- ☐ Entre 6 et 8 heures
- ☐ Entre 1 et 2 heures
- ☐ Entre 4 et 6 heures
- ☐ Plus de 8 heures
- ☐ Je ne sais pas

Partie 4 : Les conséquences du soutien apporté

21. Depuis que vous accompagnez votre proche votre état de santé est :

- ☐ Très bon
- ☐ Bon
- ☐ Intermédiaire
- ☐ Mauvais
- ☐ Très mauvais
- ☐ Ne sait pas / ne souhaite pas répondre

22. Avez-vous souffert de ces maladies avant ou depuis votre rôle d’aidant ? (*plusieurs réponses possibles*)

Avant	Depuis
☐ Maladie neurodégénérative (Alzheimer, Parkinson...) ☐ Maladie cardiovasculaire (hypercholestérolémie, hypertension artérielle...) ☐ Troubles psychiatriques (dépression, bipolarité...) ☐ Diabète ☐ Ostéoporose ☐ Cancer ☐ Dénutrition ☐ Surpoids/obésité ☐ Aucune de ces pathologies ☐ Je ne souhaite pas le préciser ☐ Autre(s) pathologie(s), précisez :	☐ Maladie neurodégénérative (Alzheimer, Parkinson...) ☐ Maladie cardiovasculaire (hypercholestérolémie, hypertension artérielle...) ☐ Troubles psychiatriques (dépression, bipolarité...) ☐ Diabète ☐ Cancer ☐ Ostéoporose ☐ Dénutrition ☐ Surpoids/obésité ☐ Aucune de ces pathologies ☐ Je ne souhaite pas le préciser ☐ Autre(s) pathologie(s), précisez :

23. Quand avez-vous consulté un médecin généraliste pour vous ?

- ☐ Moins de 1 an
- ☐ Plus de 1 an
- ☐ Je ne sais pas

24. Concernant l’impact du soutien sur votre santé, indiquez si vous êtes en accord avec les affirmations :

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout
Globalement, l’aide a un impact négatif sur ma santé	☐	☐	☐	☐
J’ai des douleurs physiques	☐	☐	☐	☐
J’ai des troubles du sommeil	☐	☐	☐	☐
Je suis fatigué physiquement	☐	☐	☐	☐
Je suis fatigué moralement	☐	☐	☐	☐
Je suis stressé, anxieux	☐	☐	☐	☐
Je suis de mauvaise humeur	☐	☐	☐	☐
Autre, précisez :				

25. Si vous avez une activité professionnelle, indiquez si vous êtes en accord avec les affirmations :

	Oui	Non
J'ai dû modifier mes horaires de travail ou prendre des congés	☐	☐
J'ai dû arrêter de travailler	☐	☐
J'ai dû changer d'emploi	☐	☐
J'ai des difficultés à concilier ma vie professionnelle avec mon rôle auprès de mon proche	☐	☐
J'ai dû passer à temps partiel	☐	☐
Autre, précisez :	☐	☐

26. Concernant l'impact du soutien sur votre vie personnelle, indiquez si vous êtes en accord avec les affirmations :

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Neutre	Plutôt non	Non, pas du tout
La situation a renforcé mes liens avec le(s) proche(s) que je soutiens	☐	☐	☐	☐	☐
J'arrive à prendre soin des autres et de moi-même	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai du temps pour mes loisirs	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens seul, isolé, éloigné de mes proches	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens débordé	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai des difficultés à concilier ma vie personnelle avec mon rôle auprès de mon proche	☐	☐	☐	☐	☐
Autre, précisez :					

27. L'alcool et le tabac avant et depuis le rôle d'aidant :

Fumez-vous du tabac ?	Avant le soutien	Depuis le soutien
Tous les jours	☐	☐
Moins d'une fois par jour	☐	☐
Pas du tout	☐	☐
Ne sait pas	☐	☐

Buvez-vous de l'alcool ?	Avant le soutien	Depuis le soutien
Tous les jours	☐	☐
5 à 6 jours par semaine	☐	☐
3 à 4 jours par semaine	☐	☐
1 à 2 jours par semaine	☐	☐
2 à 3 jours par mois	☐	☐
1 fois par mois	☐	☐
Moins d'une fois par mois	☐	☐
Jamais	☐	☐

Partie 5 : Le soutien extérieur

28. Y a-t-il d'autres personnes, professionnelles ou non, qui interviennent auprès de votre (vos) proche(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Aucun
- ☐ Voisin, ami de la personne aidée
- ☐ Aide à domicile
- ☐ Famille de la personne aidée
- ☐ Bénévole, association
- ☐ Infirmier
- ☐ Autre, précisez :

29. Quel type de soutien apportent-ils ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Tâches ménagères (lessive, repassage, ménage, jardinage)
- ☐ Aide à la mobilité (à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile)
- ☐ Gestion du budget, des papiers, des démarches administratives
- ☐ Gestion de la santé (prise des médicaments, accompagnement aux rendez-vous médicaux)
- ☐ Soins de base (toilette, habillage)
- ☐ Gestion des repas (courses, cuisine)
- ☐ Soutien moral (assurer une présence)
- ☐ Soutien financier
- ☐ Autre, précisez :

30. Concernant ces différentes actions et structures de soutien destinées aux **PROCHES Accompagnants**, indiquez lesquelles vous avez eu l’occasion d’en bénéficier (*Plusieurs réponses possibles*):

	Oui	J'en ai bénéficié	Non	Non concerné, pas d'avis
Plateforme de répit	☐	☐	☐	☐
Groupe de parole	☐	☐	☐	☐
Formations/informations sur des thématiques liées à la situation du proche	☐	☐	☐	☐
Dispositif de soutien psychologique individuel	☐	☐	☐	☐
Formations/informations sur les droits des aidants	☐	☐	☐	☐
Centre de Ressource Territoriale (CRT)	☐	☐	☐	☐
Ateliers bien-être	☐	☐	☐	☐
Dispositif de soutien financier	☐	☐	☐	☐

31. Pour vous, quels sont les freins à recourir à une solution de répit (*Plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Je ne connais aucun service
- ☐ Démarches administratives lourdes
- ☐ Reste à charge financier élevé
- ☐ Je ne me sens pas prêt
- ☐ Mauvaise(s) expérience(s)
- ☐ Refus de mon proche
- ☐ Pas de freins particuliers
- ☐ Aucun service n’est disponible à proximité
- ☐ J’ai l’impression d’être le mieux placé pour soutenir mon (mes) proche(s)
- ☐ Je n'ai pas été informé de l'existence de ce type de solutions de répit
- ☐ Je ne connais pas d'interlocuteur susceptible de mieux me renseigner
- ☐ Autre, précisez :

Partie 6 : L'alimentation

32.Comment percevez-vous votre alimentation de manière générale ?

- ☐ Très équilibrée
- ☐ Plutôt équilibrée
- ☐ Ni équilibrée ni déséquilibrée
- ☐ Plutôt déséquilibrée
- ☐Très déséquilibrée
- ☐ Ne sait pas/ Ne souhaite pas répondre

33. Quelles difficultés rencontrez-vous pour vous alimenter correctement depuis que vous êtes aidant ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Faire les courses
- ☐ Préparer les repas dans votre foyer
- ☐ Manger équilibré
- ☐ Avoir le temps de cuisiner
- ☐ Aucune difficulté particulière
- ☐ Charge mentale / difficultés à se concentrer
- ☐ Autres difficultés :

34. Depuis que vous êtes aidant (*plusieurs réponses possibles*) :

- ☐ Je saute davantage de repas
- ☐ Je grignote davantage
- ☐ J'ai moins d'appétit
- ☐ J'ai pris du poids
- ☐ J'ai perdu du poids
- ☐ Aucun changement

35. Depuis que vous êtes aidant, le temps que vous consacrez à vos repas a-t-il changé ?

- ☐ Je consacre moins de temps à mes repas
- ☐ Mon temps consacré aux repas n'a pas changé
- ☐ Je consacre plus de temps à mes repas

36.Concernant votre (vos) proche(s), indiquez si vous êtes en accord avec les affirmations : (*Plusieurs réponses possibles*)

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	Je ne sais pas
Mon proche a perdu du poids	☐	☐	☐	☐	☐
Mon proche a pris du poids	☐	☐	☐	☐	☐
Mon proche a de l'appétit	☐	☐	☐	☐	☐
Mon proche mange l'intégralité des portions servies lors des repas	☐	☐	☐	☐	☐
Mon proche boit suffisamment (7-8 petits verres d'eau par jour)	☐	☐	☐	☐	☐
Mon proche a des difficultés à s'alimenter (problèmes de mastication, de déglutition...)	☐	☐	☐	☐	☐
Autres changements ou difficultés concernant les habitudes alimentaires de votre (vos) proche(s), précisez-les ici :					

Partie 7 : Vos besoins en actions de prévention

37.Seriez-vous intéressé par des actions de sensibilisation à propos de :

	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	Je ne sais pas
Manger équilibré	☐	☐	☐	☐	☐
Choisir les bons produits lors des courses	☐	☐	☐	☐	☐
Lutter contre la dénutrition	☐	☐	☐	☐	☐
Adapter l'alimentation en fonction des pathologies	☐	☐	☐	☐	☐
Participer à des groupes de parole	☐	☐	☐	☐	☐
Préparer des repas rapidement et à petit budget	☐	☐	☐	☐	☐
Participer à des séances collectives d'activités physiques	☐	☐	☐	☐	☐
Faire des sorties culturelles	☐	☐	☐	☐	☐
Autres idées de sujet, précisez-les ici :					

38. Quand seriez-vous le plus susceptible d'être disponible ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Le week-end
- ☐ Dans la matinée
- ☐ Dans la soirée
- ☐ En semaine
- ☐ Le midi
- ☐ Dans l'après-midi
- ☐ Je ne sais pas

Partie 8 : Informations complémentaires

39. Souhaitez-vous apporter des précisions sur un point abordé (ou non) dans le questionnaire ? (Si oui, exprimez-vous librement) :

40. Acceptez-vous d'être recontacté(e) dans le cadre de ce diagnostic territorial afin de participer à un éventuel entretien complémentaire ou d'obtenir des précisions sur vos réponses ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ J'accepte que mon adresse e-mail et mon numéro de téléphone soient collectés et utilisés par l'équipe chargée du diagnostic territorial uniquement dans le cadre de cette étude. Mes données seront traitées de manière confidentielle, conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles (RGPD), et ne seront pas transmises à des tiers. Je peux retirer mon consentement à tout moment.

Si oui, veuillez indiquer votre adresse e-mail :

Et / Ou Téléphone :

Merci pour votre participation !

Le questionnaire est maintenant terminé. Nous vous remercions d'avoir pris le temps de partager votre expérience avec nous.

Pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter :

prevention.sante@unilasalle.fr

