



Association La vie pour Christie
Section « On devient moins petit »
Les chemins de L'Isle-84800 Lagnes

**QUESTIONNAIRE D'ENQUETE SUR LES BESOINS RELATIFS
A L'ACCUEIL DES ENFANTS DEFICIENTS INTELLECTUELS**

Ce questionnaire est destiné à recueillir des informations susceptibles
de nous venir en aide à l'élaboration du projet :

**CREATION D'UN CENTRE D'ACTIVITES DE JOUR NON MEDICALISE A TITRE
EXPERIMENTAL POUR ENFANTS DEFICIENTS INTELLECTUELS AVEC OU
SANS HANDICAP ASSOCIES**

Chers parents, vous trouverez ci-joint un questionnaire concernant les différents types de handicaps dont pourraient être porteurs vos enfants, les différentes prises en charge qui pourraient les concerner ainsi qu'un questionnaire de satisfaction.

Afin de pouvoir établir une étude de besoins et améliorer vos attentes, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce fascicule.

Nous vous garantissons la stricte confidentialité de tous les éléments que vous aurez portés sur le dit document.

PATHOLOGIES DE L'ENFANT :

1- PATHOLOGIE PRINCIPALE :

.....
.....

2- PATHOLOGIE ASSOCIEE : (Troubles envahissant du développement...)

(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Si OUI, veuillez préciser :

.....
.....

3- TRAITEMENT MEDICAMENTEUX :

(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Si OUI, veuillez préciser :

.....
.....

4- DEFICIENCE PSYCHIATRIQUE :

(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Si OUI, veuillez préciser :

.....
.....

5- DEFICIENCE INTELLECTUELLE :

(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Si OUI, veuillez préciser :

.....
.....

6- DEFICIENCE NEUROLOGIQUE :

(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Si OUI, veuillez préciser (Troubles moteurs, sensitifs, équilibre...)

.....
.....

7- DEFICIENCE DU LANGAGE :

(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Si OUI, veuillez préciser :

.....
.....

8- DEFICIENCE DE LA VISION :

(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Si OUI, veuillez préciser :

.....
.....

9- DEFICIENCE DE L'AUDITION :

(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Si OUI, veuillez préciser :

.....
.....

10- DEFICIENCE CARDIAQUE ET VASCULAIRE :

(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Si OUI, veuillez préciser :

.....
.....

11- DEFICIENCE RESPIRATOIRE :

(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Si OUI, veuillez préciser :

.....
.....

12- DEFICIENCE DE LA FONCTION GENITO URINAIRE :

- Rétention Incontinence diurne Incontinence nocturne
- Protection Sonde Stomie

Autres :

13- DEFICIENCE DE LA FONCTION DIGESTIVE :

- Troubles de la déglutition Troubles hépatiques
- Troubles pancréatiques Troubles du transit

Modalité d'alimentation :

Stomie :

14- DEFICIENCES METABOLIQUES, DEFICIENCES ENZYMATIQUES :

(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Si OUI, veuillez préciser (Diabète, obésité, nanisme, autres...)

.....
.....

15- DEFICIENCE DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR :

(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Si OUI, veuillez précisez (Fauteuil roulant, canne, déambulateur...)

.....
.....

16- AUTRES DEFICIENCES

(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Si OUI, veuillez précisez

.....
.....

PRISE EN CHARGE ACTUELLE DE L'ENFANT :

*Scolarisé en milieu ordinaire :

Temps Plein

Mi-temps

Autre :

Nombre d'heures :

Auxiliaire de Vie :
(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Nombre d'heures de prise en charge
avec l'Auxiliaire de Vie :

CLIS :
(Barrer la mention inutile)

OUI / NON

Adresse de l'établissement :

.....
.....
.....
.....
.....

*Prise en charge en milieu spécialisé :

IME (Institut Médico-Educatif)

◇ Section déficiences intellectuelles

◇ Section déficiences intellectuelles + troubles du comportement

◇ Section déficiences intellectuelles + troubles graves de la personnalité

◇ Section Polyhandicapés

◇ Section troubles du comportement

◇ Section déficience auditive

◇ Section handicap moteur

◇ Autre : Veuillez préciser :

.....
.....

Adresse de l'établissement :

.....
.....
.....
.....
.....

SESSAD (Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile)

- ◇ Section déficiences intellectuelles
- ◇ Section déficiences intellectuelles + troubles du comportement
- ◇ Section déficiences intellectuelles + troubles graves de la personnalité
- ◇ Section Polyhandicapés
- ◇ Section troubles du comportement
- ◇ Section déficience auditive
- ◇ Section handicap moteur
- ◇ Autre : Veuillez préciser :

.....
.....

Adresse de l'établissement :

.....
.....
.....
.....
.....

CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce)

Nombre d'heures :

Adresse de l'établissement :

.....
.....
.....
.....
.....

Autres :

Adresse de l'établissement :

.....
.....
.....
.....
.....

* Prises en charges paramédicales :

- | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------|----------|---------|-----|--|
| <input type="checkbox"/> | Kinésithérapeute | | | | | |
| | ◇ A domicile | ◇ Au cabinet | ◇ SESSAD | ◇ CAMSP | IME | |
| <input type="checkbox"/> | Psychologue | | | | | |
| | ◇ A domicile | ◇ Au cabinet | ◇ SESSAD | ◇ CAMSP | IME | |
| <input type="checkbox"/> | Psychomotricien | | | | | |
| | ◇ A domicile | ◇ Au cabinet | ◇ SESSAD | ◇ CAMSP | IME | |
| <input type="checkbox"/> | Orthophoniste | | | | | |
| | ◇ A domicile | ◇ Au cabinet | ◇ SESSAD | ◇ CAMSP | IME | |
| <input type="checkbox"/> | Orthoptiste | | | | | |
| | ◇ A domicile | ◇ Au cabinet | ◇ SESSAD | ◇ CAMSP | IME | |
| <input type="checkbox"/> | Ergothérapeute | | | | | |
| | ◇ A domicile | ◇ Au cabinet | ◇ SESSAD | ◇ CAMSP | IME | |
| <input type="checkbox"/> | Autres : | | | | | |
| | | | | | | |

* Autres prises en charge :

- | | | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|--------------|----------|---------|-----|--|
| <input type="checkbox"/> | Educateurs de jeunes enfants | | | | | |
| | ◇ A domicile | ◇ Au cabinet | ◇ SESSAD | ◇ CAMSP | IME | |
| <input type="checkbox"/> | Educateurs spécialisés | | | | | |
| | ◇ A domicile | ◇ Au cabinet | ◇ SESSAD | ◇ CAMSP | IME | |
| <input type="checkbox"/> | Moniteurs Educateurs | | | | | |
| | ◇ A domicile | ◇ Au cabinet | ◇ SESSAD | ◇ CAMSP | IME | |
| <input type="checkbox"/> | Aides Médico-psychologique | | | | | |
| | ◇ A domicile | ◇ Au cabinet | ◇ SESSAD | ◇ CAMSP | IME | |
| <input type="checkbox"/> | Auxiliaires de vie scolaire | | | | | |
| | ◇ A domicile | ◇ Au cabinet | ◇ SESSAD | ◇ CAMSP | IME | |
| <input type="checkbox"/> | Assistant social | | | | | |
| | ◇ A domicile | ◇ Au cabinet | ◇ SESSAD | ◇ CAMSP | IME | |
| | Autres : | | | | | |
| | | | | | | |

*Prise en charge en centre de loisirs :

Nombre d'heures :

Dates de fermeture du centre lors des vacances scolaires :

.....

Fermeture du centre le Mercredi : (Barrez la mention inutile) OUI / NON

Adresse de l'établissement :

.....
.....
.....
.....
.....

*Quels moyens de transport utilisez-vous ?

- Bus
- Voiture personnelle
- Taxi agréé
- Ambulance privée

Autres :

.....

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION :

Afin de nous aider dans nos démarches nous vous encourageons à répondre au questionnaire suivant.

Vous n'êtes pas tenus d'apporter des précisions en réponses aux questions mais cela est souhaitable.

1 *Avez-vous rencontré des difficultés pour la prise en charge de votre enfant en établissement ordinaire ou spécialisé ?

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

2 *Les horaires sont ils adaptés au bien être de votre enfant ?

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

3 *La prise en charge globale actuelle de votre enfant vous convient elle ?

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

4 *Etes-vous informés des rythmes ou déroulement de la journée ?

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

5 *L'équilibre alimentaire de votre enfant est il respecté ?

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

6 *Etes-vous informé de ce que mange votre enfant ?

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

7 *Le temps de transport n'est il pas trop long et contraignant pour votre enfant ?

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

8 *Pensez-vous que votre enfant est suffisamment intégré dans la société ordinaire ?

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

9 *Pensez-vous que votre enfant a suffisamment d'activités extérieures ludiques et divertissantes ? (Association de clowns, animations, centre équestre, piscine, musique...)

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

10 *Quelles nouvelles activités aimeriez-vous que la structure propose à votre enfant ?

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

11 *Quand votre enfant ne va pas à l'école ni en milieu spécialisé que fait-il ?

.....
.....
.....

12 *Pour obtenir des réponses aux questions que vous vous posez sur les besoins ou comportements de votre enfant, vous vous adressez :

- Au personnel de la structure scolaire
- Au personnel de la structure qui l'accueille
- A la mission locale
- A votre médecin traitant ou à un autre professionnel médical
- A une assistante sociale
- A la famille
- Autres, précisez

13 *Pensez-vous être suffisamment impliqués dans la vie de votre enfant au sein de l'établissement qui l'accueille ?

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

14 *Avez-vous à votre disposition une personne pouvant vous apporter une aide administrative ou de recherche ?

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

15 *Bénéficiez-vous d'un soutien moral ? (familial, particulier ou groupe de parole)

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

16 *En tant que parents, souhaiteriez-vous plus d'échanges avec l'équipe d'animation de la structure ?

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

17 *Concernant la vie de votre enfant, à l'école ou dans la structure qui l'accueille, êtes vous informés des différentes activités proposées ?

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

18 *Etes-vous satisfaits des différentes activités proposées ?

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

19 *Pensez-vous être :

- | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|
| a) Suffisamment informé ? | OUI | NON |
| b) Consulté, associé pour avis ? | OUI | NON |
| c) Associé et impliqué activement | OUI | NON |

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

20*Participez-vous :

- | | | |
|---|-----|-----|
| a) Aux activités ? | OUI | NON |
| b) Aux sorties ? | OUI | NON |
| c) Aux événements festifs ? (Carnaval, Noël...) | OUI | NON |
| d) En structure ? | OUI | NON |
| e) En milieu ordinaire ? | OUI | NON |
| f) En société ? | | |

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

21 *En tant que parents, souhaiteriez-vous des échanges avec l'équipe d'animation de la structure ?

(Des informations sur des sujets précis, des réponses sur l'éducation des enfants, des rencontres avec d'autres parents, une aide administrative et de recherche sur internet...)

OUI

NON

Précisez si vous le souhaitez

.....
.....

22 *Quelles nouvelles activités aimeriez-vous que cette nouvelle la structure propose à votre enfant ?

(Peinture sur visage, intervention de clowns, visiter des expositions dans le village, faire un lien avec l'école ordinaire pour organiser des rencontres, atelier cuisine, poterie, visite de zoos, cinéma, bibliothèque, exploitations agricoles, restaurant...)

.....

.....

.....

.....

.....

23 *Quand votre enfant ne va ni à l'école ni en centre que fait-il ?

Mercredi	Samedi	Petites vacances scolaires	Grandes vacances scolaires, Juillet	Grandes vacances scolaires, Aout

24 *Concernant le bien être de votre enfant vous êtes :

Satisfait Moyennement satisfait Non satisfait

Précisez si vous le souhaitez

.....

.....

25 *Quels sont vos critères de choix d'un mode de prise en charge ou de garde ?

Orientation de la commission
 Proche de chez moi
 Proche de mon lieu de travail
 Pas d'autres structures par défaut
 Sur les conseils de professions médico-sociales
 Par conviction de qualité d'accueil et du bien-être de votre enfant
 Autres précisez :

.....

.....

.....

Si ce projet vous intéresse ou si vous souhaitez être tenus au courant des prochaines réunions, vous pouvez nous laisser vos coordonnées, elles resteront strictement confidentielles.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

.....

.....

.....

IDENTIFICATION DES PARENTS :

Père :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

N° Tel : /

Mère :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

N° Tel : /

Frère(s) : Age :

Sœur(s) : Age :

Vous pouvez contacter l'Association la Vie Pour Christie par courrier, mail ou par téléphone :



Association la Vie pour Christie
Les Chemins de l'Isle
84800 LAGNES
La.vie.pour.christie@free.fr
04.90.21.56.30

www.La.vie.pour.Christie.com