

## QUESTIONNAIRE

### PROJET D'HABITAT REGROUPÉ ET DE SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT

1. **NOM (3 premières lettres)**

2. **PRÉNOM (Initiale)**

3. **ANNÉE DE NAISSANCE**

4. **SEXE**  Masculin  Féminin

5. **LIEU DE RÉSIDENCE :** DÉPARTEMENT

COMMUNE .....

#### 6. SITUATION FAMILIALE

- 1 Célibataire  5 Séparé(e)  
 2 Union libre  6 Divorcé(e)  
 3 Pacsé(e)  7 Veuf(ve)  
 4 Marié(e)

7. **NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE**

---

#### LOGEMENT

#### 8. QUEL EST VOTRE TYPE D'HABITAT ?

- 1 Domicile  
**A. Vivez-vous seul(e) ?**  Oui  Non  
**B. Si non, précisez avec quelles autres personnes : conjoint, amis, parents, frère ou soeur, etc. ?** .....  
**C. Si oui, êtes-vous inquiet(e) de vivre seul(e) ?**  
 1 Oui, souvent  2 De temps en temps  3 Jamais  
 2 Foyer d'Hébergement / Foyer de Jeunes Travailleurs  
 3 Foyer de Vie / Foyer d'Accueil Médicalisé  
 4 Famille d'Accueil  
 5 Autre, précisez : .....

#### 9. VOTRE TYPE D'HABITAT VOUS SATISFAIT-IL ?

- 1 Pas du tout satisfait  2 Moyennement satisfait  3 Très satisfait

#### 10. RENCONTREZ-VOUS DES PROBLÈMES DE VOISINAGE ?

- 1 Oui, souvent  2 De temps en temps  3 Jamais

---

#### TRAVAIL ET RECONNAISSANCE DU HANDICAP

11. **TRAVAILLEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?**  1 Oui  2 Non

12. **SI OUI, PRÉCISEZ S'IL S'AGIT :**  1 D'un temps plein  2 D'un temps partiel

**13. SI TEMPS PARTIEL, PRÉCISEZ À QUEL TAUX (50%, 80%, etc.) :**    %

**14. SI VOUS TRAVAILLEZ ACTUELLEMENT (temps plein ou temps partiel), PRÉCISEZ SI C'EST :**

- 1 En milieu de travail ordinaire  
 2 En entreprise de travail adapté  
 3 En ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail)  
 4 À domicile

**15. SI SANS EMPLOI, PRÉCISEZ SI VOUS ÊTES :**

- 1 Demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi  
 2 Demandeur d'emploi non inscrit à Pôle Emploi  
 3 Autre, précisez : .....

**16. ÊTES-VOUS TITULAIRE D'UNE RTH (Reconnaissance de Travailleur Handicapé) ?**

- Oui  Non

**17. SI VOUS NE TRAVAILLEZ PAS ACTUELLEMENT, AVEZ-VOUS DÉJÀ TRAVAILLÉ ?**

- Oui  Non

**18. SI OUI, PRÉCISEZ L'ANNÉE DE FIN DU DERNIER EMPLOI :**

**19. ÊTES-VOUS BÉNÉFICIAIRE DE :**

- |   | Oui                     | Non                     | Ne sait pas             |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| A. La PCH (Prestation de Compensation du Handicap) ?        | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| B. L'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) ? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| C. L'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) ?              | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

## ÉPILEPSIE

**20. SI VOUS ÊTES APTE AU TRAVAIL, VOTRE ÉPILEPSIE VOUS POSE-T-ELLE DES DIFFICULTÉS DANS VOTRE TRAVAIL OU POUR TROUVER UN TRAVAIL ?**

- 1 Oui, souvent  2 De temps en temps  3 Jamais  4 Ne s'applique pas

**21. VOTRE ÉPILEPSIE VOUS POSE-T-ELLE DES DIFFICULTÉS DANS LES TÂCHES DE LA VIE QUOTIDIENNE (préparation de repas, courses, ménage, toilette, etc.) ?**

- 1 Oui, souvent  2 De temps en temps  3 Jamais

**22. RENCONTREZ-VOUS DES DIFFICULTÉS :**

- |  | Oui, souvent            | Parfois                 | Jamais                  |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| A. Dans la prise de médicaments à heures régulières ?            | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| B. Dans vos déplacements ?                                       | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| C. Pour organiser vos loisirs ?                                  | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| D. Pour effectuer des démarches administratives ?                | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| E. Pour gérer votre budget ?                                     | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| F. D'ordre psychologique (déprime, anxiété, agressivité, etc.) ? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

**23. AUTRES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES, PRÉCISEZ :**

Ici (ou développez page 4) .....

.....

**VOS SOUHAITS**

**24. PARMIS LES PROPOSITIONS SUIVANTES, QUELLES SONT CELLES QUI POURRAIENT VOUS INTÉRESSER À L'AVENIR ?**

	Oui	Non	Peut-être
A. Un appartement individuel dans une résidence avec une présence permanente de professionnels, pour assurer votre sécurité et vous soutenir dans diverses tâches, selon vos souhaits	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
B. Une aide à domicile pour vous aider au quotidien (préparation de repas, courses, ménage, toilette, etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
C. Un soutien dans la prise de traitement	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
D. Un soutien dans les démarches d'insertion professionnelle (recherche d'emploi, de stage, de formation, etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
E. Un soutien dans vos déplacements	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
F. Un soutien dans la vie sociale (organisation de loisirs, démarches administratives, gestion de budget ou autres)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
G. Un soutien psychologique :			
a. dans un groupe de paroles	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
b. dans une relation individuelle avec un psychologue	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

**QUESTION COMPLÉMENTAIRE (FACULTATIVE)**

**25. SERIEZ-VOUS D'ACCORD POUR APPROFONDIR CES QUESTIONS AU COURS D'UN ENTRETIEN PERSONNALISÉ ?**

1 Oui                       2 Non

**26. SI OUI, MERCI D'INDIQUER VOS COORDONNÉES CI-DESSOUS :**

NOM : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

TEL. :

MAIL : .....@ .....



**REMARQUES ET PROPOSITIONS :**

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

**MERCI DE NOUS RETOURNER CE QUESTIONNAIRE DANS LES 15 JOURS À :**

Aline Auffray  
Chargée de Mission EPI Bretagne  
Fédération ADMR 35  
197 Avenue Général Patton – CS 90627  
35 706 Rennes cedex