



**La commune souhaite mieux comprendre les besoins
des aidants familiaux accompagnant des séniors,
adultes, ou enfants en situation de handicap.
Merci pour votre contribution.**

Votre situation :

Vous êtes aidant de :

- Conjoint(e)
- Parent
- Enfant
- Autre proche

La personne aidée vit :

- Avec vous
- A domicile, seule
- A domicile, accompagnée
- En établissement

**Combien de temps y consacrez-vous en
moyenne ?**

- Quelques heures par semaine
- Plusieurs jours par semaine
- Quasiment à plein temps

Quelles tâches faites-vous le plus souvent ?

- Soins (toilette, habillage)
- Repas
- Courses
- Accompagnement rdv médical
- Stimulation, activités
- Administratif
- Autres

Votre rôle vous semble aujourd'hui ?

- Facile à gérer
- Parfois difficile
- Très prenant
- Epuisant

Quelles sont vos difficultés aujourd'hui ?

- Fatigue physique
- Charge mentale - émotionnelle
- Manque de temps pour vous
- Isolement
- Difficultés financières
- Difficultés administratives
- Autres

Avez-vous déjà de l'aide ? Oui Non

Si oui :

- Famille proche
- Aide professionnelle, aide pour les tâches ménagères, auxiliaire de vie

Est-ce suffisant ?

- Oui Non Pas toujours

Auriez-vous besoin de répit ? Oui Non

Si oui :

Combien de temps par semaine ?

- 1 à 2 heures
- Une demi-journée
- Une journée entière
- Quelques heures occasionnellement

**Bénéficiez-vous d'une aide financière (AJPA,
PCH) en tant qu'aidant ?** Oui Non



Seriez-vous intéressé(e) par une solution d'accompagnement à domicile pour votre proche ?

Oui Non

Seriez-vous intéressé(e) par un groupe de paroles entre aidants ?

Oui Non

Souhaitez-vous ajouter un commentaire, une suggestion, un point que vous souhaitez partager ?

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

Vos coordonnées (Facultatif)

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone : Portable :

Fixe :

Email : (en majuscule svp) :

*Ce questionnaire peut être remis sous enveloppe dans plusieurs points de collecte répartis sur la commune, **avant le 31 juillet 2026***

- *En mairie (accueil ou boîte aux lettres)*
- *Au Pôle médical, 85 rue de l'Avenir*
- *A la pharmacie LE GAC*
- *A l'ADMR (par l'intermédiaire de votre auxiliaire de vie)*
- *A la bibliothèque*

Ou par email à actionsociale@ville-verson.fr