



ENQUETE DE POPULATION

La Communauté de communes du Pays de Tarascon s'interroge sur les besoins non satisfaits de la population et notamment des personnes fragilisées par l'âge, la maladie, le handicap. Si vous vous sentez concerné en tant que citoyen, professionnel ou aidant familial, participez à notre enquête en remplissant ce questionnaire. Le questionnaire est anonyme et facultatif.

Si vous souhaitez plus d'informations ou une aide pour remplir ce document, l'équipe de FAMILLES SOLIDAIRES, missionnée pour réaliser l'enquête, sera présente en permanence :

- Mardi 3 mai 2022 - Maïsou d'Amount - SAURAT de 9H à 12H
- Mardi 3 mai 2022 - mairie de MERCUS-GARRABET de 14H à 17H
- Mercredi 4 mai 2022 - France Services – 3, avenue de la République – Tarascon de 9H à 11H

Pour plus d'informations vous pouvez nous contacter au 06 25 13 89 37 à info@familles-solidaires.com
Les enquêtes sont à déposer auprès des mairies de la communauté des communes du pays de Tarascon avant le 30 juin 2022. Une restitution publique de l'enquête sera organisée. La date sera communiquée prochainement.

<p>Vous accompagnez ou connaissez une personne concernée par la perte d'autonomie (âgée ou en situation de handicap).</p>	<p>Vous êtes vous-même concerné par la perte d'autonomie (fragilisé par l'âge, le handicap et/ou la maladie)</p>
	
<p>Si oui, quel est votre lien avec la personne fragilisée ?</p> <p><input type="checkbox"/> C'est un(e) enfant</p> <p><input type="checkbox"/> C'est un(e) conjoint(e), concubin(e),</p> <p><input type="checkbox"/> C'est un(e) parent, grand-parent</p> <p><input type="checkbox"/> C'est un(e) collègue</p> <p><input type="checkbox"/> C'est un(e) voisin(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</p>	<p>Etes-vous aidé par un proche ?</p> <p>Si oui, quel est votre lien avec celui-ci ?</p> <p><input type="checkbox"/> C'est un(e) enfant</p> <p><input type="checkbox"/> C'est un(e) conjoint(e), concubin(e),</p> <p><input type="checkbox"/> C'est un(e) parent, grand-parent</p> <p><input type="checkbox"/> C'est un(e) collègue</p> <p><input type="checkbox"/> C'est un(e) voisin(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</p>
<p>La personne fragilisée habite-t-elle dans une des communes de la Communauté de communes du pays de Tarascon¹ ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, préciser le nom de la ville :</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, préciser le nom de la ville</p>	<p>Habitez-vous dans une des communes de la Communauté de communes du pays de Tarascon ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Nom de la ville :</p>
<p>Quelle est la situation rencontrée par la personne fragilisée ?</p> <p><input type="checkbox"/> Personne âgée en perte d'autonomie</p> <p><input type="checkbox"/> Personne atteinte d'une maladie chronique, voire dégénérative</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap moteur</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap intellectuel et cognitif</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap psychique</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap sensoriel</p>	<p>Dans quelle situation êtes-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> Personne âgée en perte d'autonomie</p> <p><input type="checkbox"/> Personne atteinte de maladie chronique, voire dégénérative</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap moteur</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap intellectuel et cognitif</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap psychique</p> <p><input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap sensoriel</p>

¹ Alliat, Arignac, Arnave, Bedeilhac-Aynat, Bompas, Capoulet-Junac, Cazenave-Serres-Allens, Genat, Gourbit, Lapege, Miglos, Mercus-Garrabet, Niaux, Ornolac-Ussat-Les-Bains, Quie Rabat Les-Trois-Seigneurs, Saurat, Surba, Tarascon-Sur-Ariège, Ussat

Vous accompagnez ou connaissez une personne concernée par la perte d'autonomie (âgée ou en situation de handicap)	Vous êtes vous-même concerné par la perte d'autonomie (fragilisé par l'âge, le handicap et/ou la maladie)
--	--

Tranche d'âge de la personne fragilisée : <input type="checkbox"/> Moins de 18 ans <input type="checkbox"/> 18-29 ans <input type="checkbox"/> 30-44 ans <input type="checkbox"/> 45-59 ans <input type="checkbox"/> 60-74 ans <input type="checkbox"/> 75 et plus	Quelle est votre tranche d'âge ? <input type="checkbox"/> Moins de 18 ans <input type="checkbox"/> 18-29 ans <input type="checkbox"/> 30-44 ans <input type="checkbox"/> 45-59 ans <input type="checkbox"/> 60-74 ans <input type="checkbox"/> 75 et plus	Quelle est votre tranche d'âge ? <input type="checkbox"/> Moins de 18 ans <input type="checkbox"/> 18-29 ans <input type="checkbox"/> 30-44 ans <input type="checkbox"/> 45-59 ans <input type="checkbox"/> 60-74 ans <input type="checkbox"/> 75 et plus
Quelle est la situation professionnelle de la personne fragilisée ? <input type="checkbox"/> Actif(ve) <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Etudiant(e) <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Autre :	Quelle est votre situation professionnelle ? <input type="checkbox"/> Actif(ve) <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Etudiant(e) <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Autre :	Quelle est votre situation professionnelle ? <input type="checkbox"/> Actif(ve) <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Etudiant(e) <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Autre :

LOGEMENT	
Où vit la personne fragilisée ? <input type="checkbox"/> Au domicile familial <input type="checkbox"/> Seule chez elle <input type="checkbox"/> En hébergement spécialisé (EHPA, Foyer d'accueil spécialisé, Foyer d'Accueil Médicalisé, MARPA, Maisons d'Accueil Spécialisé, EHPAD) Précisez lequel et où : <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	Où vivez-vous ? <input type="checkbox"/> Au domicile familial <input type="checkbox"/> Seul(e) chez moi <input type="checkbox"/> En hébergement spécialisé (Foyer d'accueil spécialisé, Foyer d'Accueil Médicalisé, MARPA, Maisons d'Accueil Spécialisé, EHPAD) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Quel est le type de logement de la personne ? <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Appartement	Quel est votre type de logement ? <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Appartement
La personne fragilisée est-elle : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Hébergée à titre gratuit <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	En êtes-vous : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Hébergé à titre gratuit
Le logement est-il adapté à la situation de la personne fragilisée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :	Le logement est-il adapté à votre situation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :
La personne fragilisée envisage-t-elle de : <input type="checkbox"/> Faire des travaux <input type="checkbox"/> Déménager <input type="checkbox"/> Entrer en institution ou établissement <input type="checkbox"/> N'envisage pas d'aménagement spécifique <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	Envisagez-vous de : <input type="checkbox"/> Faire des travaux <input type="checkbox"/> Déménager <input type="checkbox"/> Entrer en institution ou établissement <input type="checkbox"/> Je n'envisage pas d'aménagement spécifique <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :

Vous accompagnez ou connaissez une personne concernée par la perte d'autonomie (âgée ou en situation de handicap)	Vous êtes vous-même concerné par la perte d'autonomie (fragilisé par l'âge, le handicap et/ou la maladie)
--	--

Quels sont les freins rencontrés ? <input type="checkbox"/> Manque de place en établissement <input type="checkbox"/> Qualité et services insatisfaisants des établissements <input type="checkbox"/> Freins économiques <input type="checkbox"/> Manque d'informations <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	Quels sont les freins que vous rencontrez ? <input type="checkbox"/> Manque de place en établissement <input type="checkbox"/> Freins économiques <input type="checkbox"/> Manque d'informations <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
---	---

BESOINS SPECIFIQUES EN TERMES D'ACCOMPAGNEMENT

La personne fragilisée bénéficie-t-elle : <input type="checkbox"/> D'une aide à domicile (ménage, préparation/livraison des repas, aide à la toilette etc...) <input type="checkbox"/> D'un accompagnement social et médico-social (SAMSAH, SAVS, CCAS) <input type="checkbox"/> D'activités de jour (ESAT, ACCUEIL DE JOUR) <input type="checkbox"/> Uniquement de mon aide <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	Bénéficiez-vous : <input type="checkbox"/> D'une aide à domicile (ménage, préparation/livraison des repas, aide à la toilette etc...) <input type="checkbox"/> D'un accompagnement social et médico-social (SAMSAH, SAVS, CCAS) <input type="checkbox"/> D'activités de jour (ESAT, ACCUEIL DE JOUR) <input type="checkbox"/> Uniquement de l'aide de vos proches <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Si oui, de combien d'heures par semaine dispose la personne fragilisée ?... heures / semaine	Si oui, de combien d'heures disposez-vous par semaine ? heures / semaine
Etes-vous satisfait de cet accompagnement pour votre proche ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Pourquoi ?	Etes-vous satisfait de cet accompagnement ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Pourquoi ?

BESOINS SPECIFIQUES EN TERMES DE SOINS

La personne fragilisée bénéficie-t-elle de soins à domicile (infirmière, aide-soignante, médecin, kiné, ergo, etc...) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Bénéficiez-vous de soins à domicile (infirmière, aide-soignante, médecin, kiné, ergo, etc...) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, de combien de passages par semaine dispose la personne fragilisée ? passages / semaine	Si oui, de combien de passages disposez-vous par semaine ? passages / semaine
Etes-vous satisfait(e) de cet accompagnement pour votre proche ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Pourquoi ?	Etes-vous satisfait(e) de cet accompagnement ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Pourquoi ?

Vous accompagnez ou connaissez une personne concernée par la perte d'autonomie (âgée ou en situation de handicap)	Vous êtes vous-même concerné par la perte d'autonomie (fragilisé par l'âge, le handicap et/ou la maladie)
--	--

AIDES ALLOUEES

<p>De quel type d'aides sociales bénéficie la personne fragilisée ?</p> <p><input type="checkbox"/> AAH (Allocation aux Adultes Handicapés)</p> <p><input type="checkbox"/> MVA (Majoration de la Vie Autonome)</p> <p><input type="checkbox"/> ASPA (anc. Minimum vieillesse)</p> <p><input type="checkbox"/> APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)</p> <p><input type="checkbox"/> PCH (Prestation de Compensation du Handicap)</p> <p><input type="checkbox"/> APL (Aide Personnalisée au Logement)</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p>De quel type d'aides sociales bénéficiez-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> AAH (Allocation aux Adultes Handicapés)</p> <p><input type="checkbox"/> MVA (Majoration de la Vie Autonome)</p> <p><input type="checkbox"/> ASPA (anc. Minimum vieillesse)</p> <p><input type="checkbox"/> APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)</p> <p><input type="checkbox"/> PCH (Prestation de Compensation du Handicap)</p> <p><input type="checkbox"/> APL (Aide Personnalisée au Logement)</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
---	--

PROJECTION

Cette enquête a pour but d'étudier si l'habitat inclusif permettrait de répondre aux besoins non couverts et recensés sur le territoire de la Communauté de Communes du pays de Tarascon. L'habitat inclusif c'est un ou plusieurs logements (colocation, appartements regroupés) mis à disposition de personnes âgées en perte d'autonomie et/ou handicapées qui se regroupent pour rompre l'isolement et financer ensemble la présence d'une aide humaine professionnelle dont elles ne pourraient pas bénéficier seules. Plus d'information sur <https://youtu.be/Bwxan6HEnA4>

Vous accompagnez ou connaissez une personne concernée par la perte d'autonomie (âgée ou en situation de handicap)	Vous êtes vous-même concerné par la perte d'autonomie (fragilisé par l'âge, le handicap et/ou la maladie)
--	--

<p>Pensez-vous que cette alternative puisse répondre aux besoins de la personne fragilisée ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas</p>	<p>Pensez-vous que cette alternative puisse répondre à vos besoins ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas</p>
<p>S'il existait cette solution alternative (entre domicile classique et établissement), cela vous intéresserait-il ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>S'il existait cette solution alternative (entre domicile classique et établissement), cela vous intéresserait-il ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Pour que la personne fragilisée puisse rester le plus longtemps chez elle, de quoi aurait-elle besoin ?</p> <p><input type="checkbox"/> Présence d'aide humaine professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Equipement du logement</p> <p><input type="checkbox"/> Activités (maintien du lien social)</p> <p><input type="checkbox"/> Sécurité</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (précisez) :</p>	<p>Pour pouvoir rester le plus longtemps chez vous, de quoi auriez-vous besoin ?</p> <p><input type="checkbox"/> Présence d'aide humaine professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Equipement du logement</p> <p><input type="checkbox"/> Activités (maintien du lien social)</p> <p><input type="checkbox"/> Sécurité</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (précisez)</p>

Vous accompagnez ou connaissez une personne concernée par la perte d'autonomie (âgée ou en situation de handicap)	Vous êtes vous-même concerné par la perte d'autonomie (fragilisé par l'âge, le handicap et/ou la maladie)
--	--

INFORMATIONS PERSONNELLES (facultatif)	
NOM : Prénom : Adresse : CP / Ville : Numéro de téléphone : Mail :	NOM : Prénom : Adresse : CP / Ville : Numéro de téléphone : Mail :
J'accepte que FAMILLES SOLIDAIRES me contacte pour répondre à un entretien plus détaillé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	J'accepte que FAMILLES SOLIDAIRES me contacte pour répondre à un entretien plus détaillé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

SOUHAITEZ-VOUS AJOUTER AUTRE CHOSE ?