

ENQUETE FRATRIE

Nous vous remercions de bien vouloir prendre un moment pour remplir ce questionnaire et nous le renvoyer avant le 28 février 2010 à l'adresse suivante : APEH - 36 rue de Rosenwiller - 67190 GRESSWILLER

I. VOTRE SITUATION :

1. Vous êtes ...

1. Un homme 2. Une femme

2. Quel est votre âge ?

3. Quel est votre département de résidence actuel(le) ?

1. Bas-Rhin 2. Haut-Rhin 3. Autre(s) département(s)

4. Si "Autre(s) département(s)", précisez :

5. Avez-vous des enfants ?

1. Oui 2. Non

6. Si oui, combien ?

7. Dont combien d'enfant(s) en situation de handicap ?

8. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez appris le handicap de votre frère ou soeur ?

9. A quel moment le handicap de votre frère ou soeur a-t'il été diagnostiqué ?

1. A la naissance 2. Pendant l'enfance 3. Pendant l'adolescence
 4. Suite à un accident 5. Autre(s) moment(s)

10. Si "Autre(s) moment(s)", précisez :

11. Quelle est la nature du handicap de votre frère ou soeur ?

1. Handicap moteur 2. Handicap sensoriel 3. Handicap mental 4. Troubles psychiques
 5. Polyhandicap 6. Autre(s) handicap(s)

12. Si "Autre(s) handicap(s)", précisez :

13. Combien avez-vous de frère(s) et soeur(s) au total ?

14. Quelle est votre place dans la fratrie ?

1er pour l'ainé (le plus âgé) ...

15. Quelle est la différence d'âge avec votre frère ou soeur handicapé(e) ?

16. Etes-vous plus jeune ou plus âgé(e) que votre frère ou soeur handicapé(e) ?

1. Plus jeune 2. Plus âgé(e)

II. VOTRE ATTITUDE ET COMPORTEMENT VIS-A-VIS DE VOTRE FRERE OU SOEUR HANDICAPE(E) :

Selon vous, vous diriez que ...

	Jamais	Rare ment	Occasi onnel ement	Quotid ienne ment	Très sou vent	Oui, encore maint enant
17. ... vous étiez jaloux/jalouse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ... vous étiez en colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ... vous étiez frustré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ... vous étiez replié(e) sur vous-même ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ... vous vous sentiez coupable d'être en bonne santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ... vous vous sentiez valorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ... vous aviez le sentiment d'être mis à l'écart ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ... le regard des autres sur vous était difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ... le regard des autres sur votre frère ou soeur était difficile à supporter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ... vous avez parlé du handicap à votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ... vous avez partagé des loisirs, des jeux avec votre frère ou soeur handicapé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ... vous aviez le sentiment de surprotéger votre frère ou soeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ... vous avez eu le sentiment de désinvestir la relation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ... vous aimiez prendre du temps avec votre frère ou soeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ... vous avez contribué à la prise en charge de votre frère ou soeur handicapé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Parce que c'est et/ou c'était pour vous ...

1. Un moyen de communication
 2. Un moyen de soulager vos parents
 3. Une obligation
 4. Une évidence
 5. Autre(s) raison(s)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

33. Si "Autre(s) raison(s)", précisez :

III. VOS RELATIONS SOCIALES :

Pensez-vous que le handicap de votre frère ou soeur a eu une incidence sur votre vie ? Dans quel(s) domaine(s) ?

	Oui	Non	Je ne sais pas
34. Votre vie sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Votre vie relationnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Votre vie scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Votre vie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Votre vie familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Votre vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Aucun domaine, le handicap n'a pas affecté ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Autre(s) domaine(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Si "Autre(s) domaine(s)", précisez :

Les périodes suivantes de votre vie partagées avec votre frère ou soeur handicapé(e) vous ont-elles semblé compliquées à vivre ?

	Pas compliquée	Peu compliquée	Assez compliquée	Très compliquée
43. L'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. L'adolescence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. L'âge adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. La vie de couple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. La parentalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. L'annonce du diagnostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Autre(s) période(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Si "Autre(s) période(s)", précisez :

IV. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA FAMILLE :

51. Auriez-vous souhaité que vos parents soient plus aidés ?

1. Oui 2. Non

52. Si oui, à quel moment ?

53. Auriez-vous souhaité un accompagnement pour toute la famille ?

1. Oui 2. Non

54. Si oui, à quel moment, pourquoi et de quelle manière ?

55. Auriez-vous souhaité être davantage soutenu(e) lors de votre enfance ?

1. Oui 2. Non

56. Si oui, à quel moment et pourquoi ?

57. Si oui, de quelle manière ?

1. Individuelle (seul(e)) 2. Collective (en groupe)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

58. Auriez-vous souhaité rencontrer d'autres frères et soeurs d'enfant handicapé ?

1. Oui 2. Non

59. De quel(s) autre(s) type(s) d'accompagnement supplémentaires auriez-vous souhaité bénéficier ?

1. Groupe de parole 2. Rencontre 3. Soutien téléphonique 4. Autre(s) type(s) d'accompagnement(s)

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

60. Si "autre(s) type(s) d'accompagnement", précisez :

61. Souhaiteriez-vous pouvoir bénéficier de ces accompagnements encore maintenant ?

1. Oui 2. Non

V. L'AVENIR :

62. Comment envisagez-vous l'avenir de votre frère ou soeur handicapé(e) et votre avenir ? (quand votre frère ou soeur sera adulte, quand vos parents ne seront plus là ...)

VI. EN CONCLUSION :

63. Que vous a apporté et apporte cette expérience de vie avec votre frère ou soeur handicapé(e)?

VII. VOS COORDONNEES (facultatif) : Si vous souhaitez être informé(e) des résultats de l'enquête vous pouvez nous laisser vos coordonnées ...

64. Nom et prénom :

65. Adresse e-mail :

66. Adresse (n°, rue, code postal, ville) :

67. Souhaitez-vous recevoir un exemplaire gratuit de la revue "DECLIC" ?

1. Oui 2. Non