

RECENSEMENT NATIONAL SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AVEC AUTISME EN FRANCE

**Ce questionnaire est destiné aux parents de personnes (enfants et adultes)
avec autisme ou troubles apparentés**

**Merci par avance de bien vouloir compléter ce questionnaire (un par enfant/adulte avec
autisme) et le retourner à l'association ABA Apprendre Autrement.**

- **Par courrier postal** à l'adresse suivante :
ABA Apprendre Autrement, Chemin de la Solidarité, 06510 Carros
- **Ou Par fax** au : 04.93.73.53.92
- **Ou par courriel** à l'adresse suivante : contact@abautisme.org

INFORMATIONS GENERALES		
Numéro du département de votre domicile		
Nombre d'enfants dans la famille		
Nombre d'enfants avec autisme		
Année de naissance de la personne avec autisme		
Initiales de la personne avec autisme		
Sexe de la personne avec autisme	Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>

CATEGORIE N° 1 DIAGNOSTIC			
1	Age de l'enfant/adulte au moment du diagnostic	<input type="checkbox"/> avant 2 ans <input type="checkbox"/> entre 2 ans et 4 ans <input type="checkbox"/> entre 5 ans et 7 ans <input type="checkbox"/> entre 8 ans et 12 ans <input type="checkbox"/> entre 13 ans et 18 ans <input type="checkbox"/> après 18 ans	
2	Diagnostic réalisé par	<input type="checkbox"/> Centre de Ressources Autisme (CRA) <input type="checkbox"/> Hôpital de jour <input type="checkbox"/> Autre, précisez	
3	Le diagnostic a été fait dans le département du domicile	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Si non est coché, merci de préciser la raison :
4	Le diagnostic a été fait suite à la demande de	<input type="checkbox"/> Parents/proches/amis <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Ecole <input type="checkbox"/> Autres, précisez	
5	Précisez le diagnostic : terme exact utilisé par la personne qui a réalisé le diagnostic (autisme, TED, comportement de type autistique...)		
6	Estimez-vous que vous êtes suffisamment informé(e) sur l'autisme et les différentes méthodologies d'accompagnement	<input type="checkbox"/> Très bien informé <input type="checkbox"/> Bien informé <input type="checkbox"/> Moyennement informé <input type="checkbox"/> Peu informé <input type="checkbox"/> Pas du tout informé	

CATEGORIE N°2 : ACCOMPAGNEMENT ACTUEL			
7	Existe-t-il une structure ou un service spécifique dans l'accompagnement des personnes avec autisme à proximité de votre domicile	<input type="checkbox"/> Oui Si Oui, précisez, Le type d'établissement: (IME, Hôpital de jour...) : La méthodologie d'accompagnement (Psychanalyse, TEACCH....) :	<input type="checkbox"/> Non Si Non à quelle distance environ se situe l'établissement le plus proche ?
8	Votre enfant bénéficie-t-il actuellement d'un accompagnement adapté et correspondant à ses besoins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
8a	Si Oui est coché à la question 8, précisez le type de structure/établissement	<input type="checkbox"/> Ecole/collège : classe ordinaire <input type="checkbox"/> IME <input type="checkbox"/> SESSAD <input type="checkbox"/> CLIS/UIP <input type="checkbox"/> FAM/MAS... <input type="checkbox"/> Autre : précisez	
8b	Si Non est coché à la question 8, précisez la raison	<input type="checkbox"/> Manque de place/ liste d'attente <input type="checkbox"/> Etablissement à proximité existant mais inadapté à la situation de votre enfant <input type="checkbox"/> Aucun établissement existant à proximité <input type="checkbox"/> Autre	
9	Nombre d'heures d'accompagnement par semaine	<input type="checkbox"/> Moins de 6 heures <input type="checkbox"/> De 7 à 12 heures <input type="checkbox"/> De 13 à 18 heures <input type="checkbox"/> De 19 à 24 heures <input type="checkbox"/> Plus de 24 heures	
10	Méthodologie et/ou type d'accompagnement actuel(s) (vous pouvez cocher plusieurs cases)	<input type="checkbox"/> Psychanalyse/Psychodynamique, nombre d'heures : <input type="checkbox"/> TEACCH, nombre d'heures : <input type="checkbox"/> ABA, nombre d'heures <input type="checkbox"/> Autre : précisez :	

11	Êtes-vous satisfait de l'accompagnement actuel de votre enfant ?	<input type="checkbox"/> Très satisfait <input type="checkbox"/> Satisfait <input type="checkbox"/> Moyennement satisfait <input type="checkbox"/> Peu satisfait <input type="checkbox"/> Pas du tout satisfait	
12	L'accompagnement dont bénéficie actuellement votre enfant, est-il un choix parmi d'autres solutions ou une solution unique qui vous est proposée ?	<input type="checkbox"/> Choix parmi d'autres solutions	<input type="checkbox"/> Solution unique proposée
13	L'accompagnement actuel est-il gratuit ou payant ?	<input type="checkbox"/> Payant Si payant, le coût mensuel est de : <input type="checkbox"/> Moins de 500 € <input type="checkbox"/> Entre 550 et 950 € <input type="checkbox"/> Entre 1000 et 1500 € <input type="checkbox"/> Plus de 1500 €	<input type="checkbox"/> Gratuit
14	Les professionnels qui accompagnent votre enfant sont suffisamment formés pour accomplir leurs missions. Etes-vous ? (cochez une seule case)	<input type="checkbox"/> Complètement d'accord <input type="checkbox"/> Moyennement d'accord <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord	
15	Les professionnels qui accompagnent votre enfant ont besoin de formations plus spécifiques sur l'autisme et les techniques nouvelles d'accompagnement. Etes-vous ? (cochez une seule case)	<input type="checkbox"/> Complètement d'accord <input type="checkbox"/> Moyennement d'accord <input type="checkbox"/> Pas du tout d'accord	

CATEGORIE N°3 : SOUHAITS ET CHOIX DES FAMILLES			
16	Quel type d'accompagnement souhaiteriez-vous en priorité pour votre enfant (cochez une seule case)	<input type="checkbox"/> Psychanalyse/Psychodynamique <input type="checkbox"/> TEACCH <input type="checkbox"/> ABA <input type="checkbox"/> Autre : précisez	
17	Souhaiteriez-vous que votre enfant bénéficie d'un accompagnement dans un service:	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécifique à l'autisme	
18	Souhaiteriez-vous la création d'une nouvelle structure spécifique à l'autisme et basée sur la méthodologie ABA près de chez vous ?	<input type="checkbox"/> Oui Si Oui de quel type <input type="checkbox"/> IME <input type="checkbox"/> SESSAD <input type="checkbox"/> CLIS/UPI <input type="checkbox"/> FAM, MAS... <input type="checkbox"/> Autre : précisez	<input type="checkbox"/> Non

Nous vous remercions très vivement d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.
 Si vous le souhaitez, vous pouvez nous fournir un contact qui nous permettra de vous tenir informé(e) sur l'avancement de cette enquête et ses résultats.

Contact :

.....
