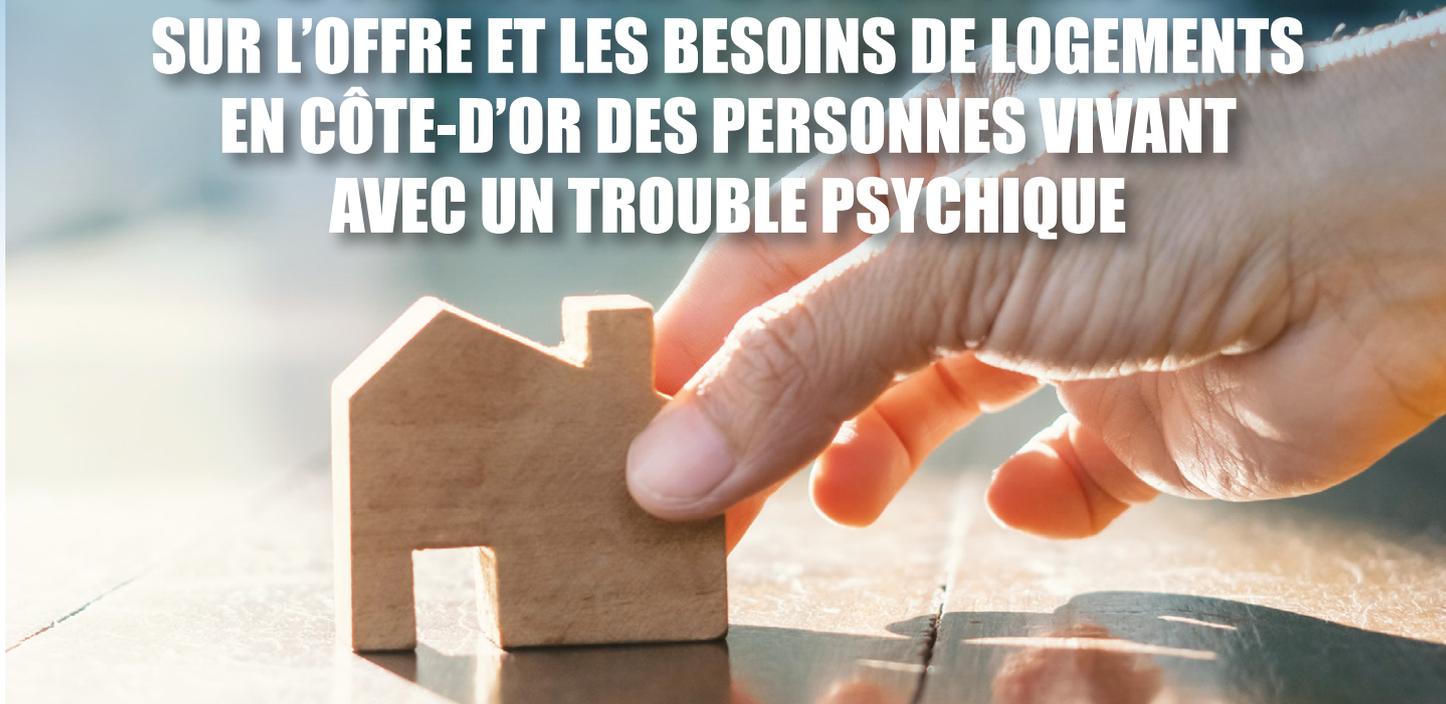


# SONDAGE UNAFAM 21

## SUR L'OFFRE ET LES BESOINS DE LOGEMENTS EN CÔTE-D'OR DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE



*Chers adhérents, Chers sympathisants,*

*Avec cette première enquête sur l'offre et les besoins de logements en Côte-d'Or des personnes vivant avec un trouble psychique, notre but est double :*

- *Connaître la situation actuelle en terme de logement pour les personnes vivant avec des troubles psychiques ;*
- *Connaître leurs besoins et leurs souhaits s'ils veulent un autre logement dès maintenant ou à l'avenir.*

**Personne ne pourra dire à votre place vos difficultés et vos souhaits. Il est donc très important que vous répondiez !** Sans votre réponse, nous ne pourrons pas faire connaître nos demandes aux pouvoirs publics, aux porteurs de projets, aux bailleurs sociaux...

*Bien cordialement*

**Jean-Louis Laville**, Délégué Départemental Unafam 21

**Ce questionnaire est ANONYME. N'indiquez pas votre nom.  
Merci de nous le retourner avant le 30 octobre 2023.**

**Quelques minutes suffisent pour le remplir.**

Une fois votre questionnaire renseigné et sauvegardé, il vous suffit de nous le retourner en pièce jointe de votre mail à : [21@unafam.org](mailto:21@unafam.org)

Pour toutes questions, contactez-nous : E-mail : [21@unafam.org](mailto:21@unafam.org)

# VOTRE SITUATION ACTUELLE

**Vous-même, habitez-vous en Côte-d'Or ?**

- OUI  NON

**Votre proche vivant avec un trouble psychique a-t-il ?**

- MOINS DE 18 ANS  
 DE 18 À 25 ANS  
 DE 26 À 55 ANS  
 PLUS DE 55 ANS

**Ce proche habite-t-il ?**

- EN CÔTE-D'OR  
 AILLEURS EN FRANCE  
 DANS UN AUTRE PAYS

**Ce proche...**

**IL DISPOSE D'UN LOGEMENT À LUI OU IL HABITE DANS SA FAMILLE**

**IL EST CHEZ LUI**

- Il est propriétaire  
 Il est locataire  
 Il dispose d'un logement fourni par la famille
- 
- Il dispose d'un logement social  
 Il dispose d'un logement privé
- 
- Il bénéficie du dispositif « Un chez soi d'abord »

**IL HABITE DANS SA FAMILLE**

- C'est un choix partagé par lui et sa famille  
 Ce n'est pas un choix partagé

**IL HABITE DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL**

**IL HABITE CHEZ UN AUTRE TIERS**

**IL RÉSIDE DANS UN LOGEMENT ACCOMPAGNÉ**

*(résidence-accueil de Saint-Apollinaire ou autre résidence-accueil, habitat inclusif type « appartement tremplin » ou avec intervention d'un « Pôle de Compétences et de Prestations externalisées »,...)*

**IL RÉSIDE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS**

*(hôpital, clinique)*

**IL RÉSIDE DANS UN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL**

*(Icare-La Bergerie, FAM, MAS, association du Renouveau...)*

**IL RÉSIDE DANS UN EHPAD**

**AUTRE**

**JE NE SAIS PAS**

**Ce proche bénéficie-t-il d'un accompagnement ?**

**OUI** *(choix multiple possible)*

- Aide ménagère humaine dans son logement (portage de repas, entretien du logement...)  
 Aide infirmière dans son logement (portage des médicaments, soins...)  
 Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS = éducateur)  
 Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH = éducateur + infirmier)  
 Centre Médico-Psychologique (CMP ou CMPP)  
 Curatelle ou tutelle

**NON. POURQUOI ?**

- Nous ne l'avons pas demandé  
 Nous l'avons demandé mais cela nous a été refusé  
 Nous l'avons demandé, nous avons eu un accord de principe, mais mon proche est encore sans solution concrète  
 Manque d'information  
 Je ne sais pas

**JE NE SAIS PAS**

# VOS BESOINS, VOS SOUHAITS (1/2)

## Le logement de votre proche convient-il ?

- OUI
- NON** (*choix multiple possible*)
- Manque d'accompagnement chez lui
  - Isolement
  - Manque de souplesse entre les différentes formules de logement et d'accompagnement
  - Pas de place trouvée dans le type de logement recherché
  - En attente d'un logement social
  - Délais d'attente trop longs
  - Manque de moyens financiers
  - Conséquences sur la santé de ceux qui hébergent le proche
  - Trop éloigné de la famille
  - Manque d'information sur les solutions existantes
  - Autre
- JE NE SAIS PAS

## Votre proche veut-il trouver un logement ou en changer ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NON                              | <b>SI OUI, OÙ ?</b>                         |
| <input type="checkbox"/> OUI DÈS QUE POSSIBLE             | <input type="checkbox"/> EN CÔTE-D'OR       |
| <input type="checkbox"/> OUI DANS LES ANNÉES QUI VIENNENT | <input type="checkbox"/> AILLEURS EN FRANCE |
| <input type="checkbox"/> JE NE SAIS PAS                   | <input type="checkbox"/> DANS UN AUTRE PAYS |
|   | <input type="checkbox"/> PEU IMPORTE OÙ     |

## Si OUI, quel type de logement recherche-t-il ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ÊTRE CHEZ LUI   | <input type="checkbox"/> DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS<br><i>(hôpital, clinique)</i>   |
| <input type="checkbox"/> DANS SA FAMILLE   | <input type="checkbox"/> DANS UN ÉTABLISSEMENT<br><b>MÉDICO-SOCIAL</b><br><i>(Icare-La Bergerie, FAM, MAS, association du<br/>Renouveau...)</i> |
| <input type="checkbox"/> DANS UNE FAMILLE D'ACCUEIL  |   |
| <input type="checkbox"/> CHEZ UN AUTRE TIERS   |   |
| <input type="checkbox"/> DANS UN LOGEMENT ACCOMPAGNÉ<br><i>(résidence-accueil de Saint-Apollinaire ou autre<br/>résidence-accueil, habitat inclusif type « appartement<br/>tremplin » ou avec intervention d'un « Pôle de<br/>Compétences et de Prestations externalisées »,...)</i> | <input type="checkbox"/> DANS UN EHPAD  |

# VOS BESOINS, VOS SOUHAITS (2/2)

**Ce proche a-t-il besoin d'un accompagnement autre que celui de la famille ou en plus de celui de la famille ?**

**NON**

**OUI** (*choix multiple possible*)

Aide ménagère humaine dans son logement (portage de repas, entretien du logement...)

Aide infirmière dans son logement (portage des médicaments, soins...)

Aide à la vie sociale (aide pour les dossiers, pour les déplacements...)

Accompagnement médico-social (soins + aide à la vie sociale)

Aide scolaire

Une tutelle ou une curatelle

Autre

**JE NE SAIS PAS**

**Pour ce qui concerne le logement, avez-vous le sentiment que votre proche souffre de discriminations (pour obtenir ou garder son logement, avec son voisinage...)?**

**NON**

**OUI**

**JE NE SAIS PAS**

***Merci pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire.***

*Nous ne manquerons pas de vous en faire une synthèse dans un prochain Lien, notre bulletin de l'Unafam 21.*

