|  |  |
| --- | --- |
| **Grille d’entretien Autisme Ressources et Compétences** | **Date :** |

Les données de ce questionnaire seront traitées de manière anonyme. Nous les utiliserons notamment comme arguments auprès du canton pour étayer nos projets.

Nous vous sommes reconnaissants de prendre quelques minutes pour nous aider dans notre démarche.

Si l’une ou l’autre question ne vous semble pas claire, vous pouvez nous contacter au 079/659 56 19.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Données sur la famille** | |
| Nom et prénom des parents : | |
| Adresse : | Localité : |
| Tél : | Mail : |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Données sur l’enfant** | |
| Nom et prénom : | Sexe : |
| Date de naissance: | Fratrie : |
| Un diagnostic de TSA a-t-il été́ posé pour votre enfant ? Si oui, lequel ? Par qui a-t-il été posé ? Et à quel âge ? | |

|  |
| --- |
| 1. **Situation de l’enfant** |
| Quel est le parcours de votre enfant jusqu’à aujourd’hui ? |
| Votre enfant a-t-il une place dans une institution, dans une école, une place de travail ?  Quelle est sa situation actuelle ? |

|  |
| --- |
| 1. **Perception parentale des institutions** |
| Avez-vous eu le choix du « placement » ? Aviez-vous d’autres alternatives ? |
| Qu’est-ce qui vous a motivé à inscrire votre enfant dans cette institution ? Sur quels critères vous êtes vous basé ? |
| Quelles prestations l’institution propose-t-elle à votre enfant, en terme de thérapies (exemple : logo, ergo, psychomotricité, …)? |
| Une prise en charge spécifique aux enfants vivant avec un TSA est-elle proposée? Oui/non |
| Etes-vous satisfait de cette prise en charge ? Oui / non  Si oui, pouvez-vous lister les principaux points positifs ?  Si non, quels sont les points principaux qui ne vous conviennent pas ? |
| De quelle manière l’institution collabore-t-elle avec vous concernant l’accompagnement de votre enfant ?  Quel regard portez-vous sur cette collaboration ? en êtes vous satisfait ? Oui / non  Si oui, pouvez-vous lister les points principaux qui rendent cette collaboration satisfaisante ?  Si non, que souhaiteriez-vous d’autre pour que la collaboration réponde à vos attentes ? |
| Comment jugez-vous la situation actuelle de votre enfant ? Estimez-vous qu’elle soit stable ? oui / non |

|  |
| --- |
| 1. **Constat** |
| Comment décririez-vous le contexte général actuel de l’accompagnement des personnes vivant avec un TSA dans la région Berne Francophone ? |
| A votre connaissance, quelles structures spécifiques à la prise en charge des TSA existe-t-il dans cette région ? |
| Estimez-vous que l’offre proposée permette une continuité dans la vie de votre enfant ? oui/non |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Besoins** | |
| **Les questions de la partie n°6 concernent spécifiquement votre vécu avec votre enfant. Nous cherchons à quantifier le nombre de prestations fournies aux parents dans la région Berne francophone.**  Pouvez-vous lister les besoin de votre enfant ? De quelle méthode, thérapie ou de quels moyens a-t-il besoin ? Merci de lister tous les besoins, même ceux pour lesquels il n’existe pas d’offre dans la région. | |
| Avez-vous bénéficié des prestations suivantes ? **Merci d’entourer une réponse pour chaque item.** Un commentaire est le bienvenu. | |
| * Détection précoce : oui/non | * Aides dans les démarches administratives : oui/non |
| * Diagnostic: oui/non | * Système de garde à domicile : oui/non |
| * Soutien à l’annonce du diagnostique : oui/non | * Accompagnement (médecin, dentiste, etc.) : oui/non |
| * Prise en charge précoce : oui/non | * Coaching familial, conseils à domicile: oui/non |
| * Éducation scolaire adaptée : oui/non | * Transition vers l’âge adulte et la vie professionnelle : oui/non / pas encore besoin |
| * Lieu de vie adapté, ou suivi au lieu de vie (adultes): oui/non / pas besoin | * Orientation professionnelle, aide à l’accès au travail (Job coaching) oui/non / pas encore besoin |
| * Lieu à journée continue : oui/non | * Formations des parents, des professionnels: oui/non |
| * Pouvez-vous lister toutes les thérapies dont votre enfant à bénéficié jusqu’à maintenant | |
| * Est-ce que votre enfant, vous-même ou votre famille avez bénéficié d’autres prestations ? Si oui, lesquelles ? | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Prestations** | |
| **Les questions de la partie n°7 concernent l’accompagnement général des personnes avec TSA. Merci d’y répondre en tenant compte de la situation générale et non de manière spécifique à votre enfant.**  Dans un « monde idéal » comment imaginez-vous que les besoins des personnes avec autisme pourraient être comblés ? Que faudrait-il mettre en place ? Que manque-t-il pour que les personnes TSA puissent mener une vie « ordinaire » ? Que faudrait-il pour que la famille soit soutenue au mieux ? Lister toutes vos idées, mêmes celles qui vous semblent irréalisables actuellement. | |
| Est-ce que les prestations suivantes vous semblent nécessaires et adaptées, de manière générale, à l’accompagnement des personnes avec autisme ? **Merci d’entourer une réponse pour chaque item** Un commentaire est le bienvenu | |
| * Détection précoce : oui/non | * Aides dans les démarches administratives : oui/non |
| * Diagnostic: oui/non | * Système de garde à domicile : oui/non |
| * Soutien à l’annonce du diagnostique : oui/non | * Accompagnement (médecin, dentiste, etc.) : oui/non |
| * Prise en charge précoce : oui/non | * Coaching familial: oui/non |
| * Éducation scolaire adaptée : oui/non | * Transition vers l’âge adulte et la vie professionnelle : oui/non |
| * Lieu de vie adapté, ou suivi au lieu de vie (adultes): oui/non | * Orientation professionnelle, aide à l’accès du travail (Job coaching) oui/non |
| * Lieu à journée continue : oui/non | * Formations des parents, des professionnels: oui/non |
| * Quelles thérapies vous semblent nécessaire à l’accompagnement d’une personne avec TSA (tout au long de sa vie) Veuillez lister toutes les thérapies qui vous semblent importantes même si l’offre n’existe pas dans notre région. | |
| * Identifiez-vous d’autres besoins que ceux mentionnés ci-dessus ? Si oui lesquels ? Merci de lister tous les besoins même si aucune offre pour y répondre n’existe dans notre région. | |

|  |
| --- |
| 1. **Méthodes spécifiques** |
| Quelles méthodes spécifiques dans l’accompagnement des personnes TSA connaissez-vous ? |
| Utilisez-vous des méthodes spécifiques à l’accompagnement des personnes avec TSA ? Oui / Non  Si oui lesquelles ?  Si non, pour quelles raisons ? Ces méthodes ne sont pas nécessaires, vous ne connaissez pas les méthodes, vous ne bénéficiez pas d’un soutien professionnel suffisant ? |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Soutien et participation** | | | | | | |
| Soutenez-vous la création du centre de compétence en autisme ? | | OUI | | | NON | |
| Souhaitez-vous adhérer à notre association ? | Membre de soutien | | Membre actif | Comité | | Pas pour l’instant |
| Souhaiteriez-vous vous investir d’une manière spécifique dans notre association ? Si oui laquelle ? | | | | | | |

Sachant que nous utiliserons les réponses à ces questions comme arguments auprès du canton, désirez-vous mentionner autre chose ? Partager un ressenti ? Donner des exemples ? Votre avis et votre vécu nous intéresse.