

# Centre Ressource Vie intime, affective, sexuelle et soutien à la parentalité

Questionnaires à destination des familles et aidant.es.

Dans le cadre du Centre Ressource Vie intime, affective, sexuelle et de soutien à la parentalité pour les personnes en situation de handicap de la région Auvergne-Rhône-Alpes, porté par la Fédération du Planning Familial Auvergne-Rhône-Alpes, je suis chargée de réaliser un état des lieux des acteurs de proximité afin que chaque personne en situation de handicap puisse trouver des informations et des réponses en lien avec sa vie intime, affective, sexuelle, la parentalité et les violences sexistes et sexuelles.

L'objectif de ce questionnaire est de recueillir les besoins et les ressources des personnes en situation de handicap et les vôtres en tant que parents, familles, aidants ou aidantes sur cette thématique. Votre participation est très attendue. La question de l'identité est facultative.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Fédération du Planning Familial ARA et sont destinées à réaliser un état des lieux des besoins et une cartographie des ressources. Les données collectées concernant les ressources seront conservées par la Fédération du PFARA pendant toute la durée de l'étude, jusqu'à la réalisation de la cartographie et ne seront pas communiquées à des tiers. La Fédération du PFARA se réserve le droit de conserver les réponses aux questionnaires pour faire remonter les besoins auprès des pouvoirs publics. Conformément à la loi « Informatique et libertés », vous pouvez exercer vos droits à accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données en adressant un message précisant la demande à [handicap@planningfamilialara.com](mailto:handicap@planningfamilialara.com) et en joignant la copie d'un justificatif d'identité.

Les réponses sont souhaitées avant le 30 mars 2023.

**\*Obligatoire**

## 1. Identité

## 1. Votre code postal \*

*Une seule réponse possible.*

01

03

07

15

26

38

42

43

63

69

73

74

## 2. Genre de votre enfant / votre proche / la personne que vous accompagnez : \*

*Une seule réponse possible.*

Féminin

Masculin

Autre : \_\_\_\_\_

## 3. Age de votre enfant / votre proche / la personne que vous accompagnez : \*

\_\_\_\_\_

4. Avec quel type de handicap vit votre enfant /votre proche / la personne que vous accompagnez ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Déficiences intellectuelles
- Troubles du Spectre Autistique (TSA)
- Handicap physique
- Handicap visuel
- Handicap auditif
- Troubles psychiques
- Troubles du langage et des apprentissages
- Polyhandicap
- Cérébro-lésions
- Troubles du comportement et de la communication (TCC)
- Autre : \_\_\_\_\_

## 2. Recensement des besoins sur la thématique VIASP

5. Pour vous, parler de vie intime, affective, sexuelle et/ou parentalité, avec votre enfant / votre proche / la personne que vous accompagnez, est : \*

*Une seule réponse possible.*

- Utile
- Indispensable
- Inutile
- Interdit
- Autre : \_\_\_\_\_

6. Vous sentez-vous à l'aise de parler de ces thématiques avec votre enfant / votre proche / la personne que vous accompagnez ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

## 7. Si non, pour quelles raisons ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- La thématique me paraît trop intimiste
- Les difficultés de compréhension de mon enfant/mon proche
- Je préfère confier cette tâche à un.e professionnel.le
- Je ne pense pas avoir les compétences
- Autre : \_\_\_\_\_

## 8. Sur quel.s sujet.s vous sentez-vous en difficulté ? \*

---

---

---

---

---

## 9. De quoi auriez-vous besoin pour faciliter les échanges sur la vie intime, affective, sexuelle et/ou la parentalité avec votre enfant / votre proche / la personne que vous accompagnez ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Informations sous forme de brochures, vidéos...
- Outils, supports...
- Formations pour approfondir vos connaissances
- Professionnel.le.s ressources à solliciter en cas de besoin
- Echange avec d'autres parents (ciné-débat, rencontre, café des parents, etc.)
- Aucun
- Autre : \_\_\_\_\_

10. Quels besoins identifiez-vous chez votre enfant / votre proche / la personne que vous accompagnez ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Informations sur la vie intime, affective et sexuelle
- Accompagnement individuel sur la vie intime, affective et/ou sexuelle
- Orientation vers des professionnel.les proposant un accompagnement adapté
- Accompagnement à la parentalité
- Aucun
- Autre : \_\_\_\_\_

11. Souhaitez-vous participer à un atelier d'informations ou d'échanges au sujet de la vie intime, affective, sexuelle et/ou parentalité (selon l'âge) ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

12. Selon vous, quelles seraient les thématiques intéressantes pour ce type d'atelier ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Les droits en matière de sexualité
- Le corps et les changements liés à la puberté
- L'intimité
- Le consentement
- Les relations aux autres
- Les besoins, le désir et le plaisir
- Les normes et les stéréotypes de genre
- Les discriminations et les différentes formes de violences
- La parentalité
- La contraception, la grossesse, l'avortement
- Les infections sexuellement transmissibles, le VIH/Sida
- Autre : \_\_\_\_\_

3. Recensement des ressources sur la thématique Vie Intime Affective Sexuelle et soutien à la Parentalité

13. Est-ce que des activités d'information et de prévention sur la vie intime, affective, sexuelle et/ou parentalité sont proposées à votre enfant/proche dans l'établissement ou par le service qui l'accompagne : \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Mon enfant / mon proche ou la personne que j'accompagne n'est pas accueillie dans un établissement ou un service

14. Auprès de qui allez-vous chercher des informations **concernant la vie intime, affective, sexuelle** si besoin pour votre enfant / proche / la personne que vous accompagnez ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Personne dans la même situation (pair-aidante)
- Médecin, gynécologue
- Sage-femme
- Centre de santé Sexuelle (exCPEF)
- Le Planning Familial
- Sexologue, psychologue
- Aucun
- Autre : \_\_\_\_\_

15. Pour nous aider à recenser les professionnels ressources, merci de préciser pour chaque professionnel : son nom, sa fonction, la ville et le code postal \*

---

---

---

---

---

16. Est-ce que le lieu est adapté en terme d'accessibilité au handicap de votre enfant / proche / la personne que vous accompagnez ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Pas vraiment
- Je ne sais pas
- Je n'ai pas de contact

17. Merci de préciser l'accessibilité : \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- PMR
- Bandes sonores
- Bandes podo-tactiles
- Facile A Lire et à Comprendre (FALC)
- Braille
- Gros caractères
- Pictogrammes
- Outils CAA (Communication Alternative et Augmentée)
- LSF
- Audio-description
- Aucune accessibilité
- Je ne sais pas
- Autre : \_\_\_\_\_

18. Auprès de qui allez-vous chercher des informations concernant la **parentalité** \*  
sur votre territoire pour votre enfant / proche / la personne que vous  
accompagnez ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Personne dans la même situation (pair-aidant.e)  
 Médecin, gynécologue  
 Sage-femme  
 Centre de santé sexuelle (ex CPEF)  
 Le Planning Familial  
 Sexologue, psychologue  
 Aucun  
 Autre : \_\_\_\_\_

19. Pour nous aider à recenser les professionnels ressources, merci de préciser \*  
pour chaque professionnel : son nom, sa fonction, la ville et le code postal

---

---

---

---

---

20. Est-ce que le lieu est adapté en terme d'accessibilité au handicap de votre \*  
enfant / proche / la personne que vous accompagnez ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 Pas vraiment  
 Je ne sais pas  
 Je n'ai pas de contact

## 21. Merci de préciser l'accessibilité :

*Plusieurs réponses possibles.*

- PMR
- Bandes sonores
- Bandes podo-tactile
- Facile A Lire et à Comprendre (FALC)
- Braille
- Gros caractères
- Pictogrammes
- Outils CAA (Communication Alternative et Augmentée)
- LSF
- Audio-description
- Aucune accessibilité
- Je ne sais pas
- Autre : \_\_\_\_\_

22. Vers quel.le professionnel.le de santé vous tournez-vous pour **une** \*  
**consultation médicale** ou **des examens médicaux** en santé sexuelle pour  
votre enfant / proche / la personne que vous accompagnez ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Médecin, gynécologue
- Sage-femme
- Centre de santé sexuelle (Ex CPEF)
- Le Planning Familial
- Centre d'imagerie médicale (échographie)
- Laboratoire d'analyses médicales
- Centre de dépistage (IST, Sida...)
- Autre : \_\_\_\_\_

23. Pour nous aider à recenser les professionnels ressources, merci de préciser \*  
pour chaque professionnel : son nom, sa fonction, la ville et le code postal

---

---

---

---

---

24. Est-ce que la consultation est adaptée en terme d'accessibilité au handicap de \*  
votre enfant / proche / la personne que vous accompagnez ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Pas vraiment
- Je ne sais pas
- Je n'ai pas de contact

25. Merci de préciser l'accessibilité : \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- PMR
- Bandes sonores
- Bandes podo-tactiles
- Facile A Lire à Comprendre (FALC)
- Braille
- Gros caractères
- Pictogrammes
- Outils CAA (Communication Alternative et Augmentée)
- LSF
- Audio-description
- Aucune accessibilité
- Je ne sais pas
- Autre : \_\_\_\_\_

26. Est-ce que votre enfant / proche / la personne que vous accompagnez a déjà subi des situations de violences sexistes et/ou sexuelles ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

27. Si oui, quelle réponse avez-vous apporté à cette situation ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Echange en direct avec votre enfant/votre proche
- Echange avec les professionnel.le.s de l'établissement ou service
- Accompagnement vers un.e professionnel.le de santé
- Commissariat de police / Gendarmerie
- Services juridiques (avocat.e.s)
- Orientation vers des associations de prise en charge de victimes de violences
- Aucune réponse car vous ne saviez pas quoi faire
- Autre : \_\_\_\_\_

28. Pour nous aider à recenser les professionnel.le.s ressources, si vous estimez que votre enfant/proche / la personne que vous accompagnez a été bien accueillie, merci de préciser pour chaque professionnel : son nom, sa fonction, la ville et le code postal \*

---

---

---

---

---

## 29. Quelles seraient vos attentes vis-à-vis du Centre Ressource ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Des informations concernant la vie intime et sexuelle
- Des informations concernant les violences sexuelles
- Des informations concernant la parentalité
- Vous former
- Des contacts de médecin / sage-femme / gynécologue
- Je ne sais pas
- Aucune attente
- Autre : \_\_\_\_\_

30. Je vous remercie pour votre participation. Si vous souhaitez contribuer à la création du Centre Ressource, contactez-moi à [handicap@planningfamilialara.com](mailto:handicap@planningfamilialara.com) ou au 07 49 88 98 79. Je reste également disponible pour toutes questions. Betty MOLIN, coordinatrice du Centre Ressource.

---

---

---

---

---

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

