



Date :

Référents Smile :

Institution :

Service/site :

Unité de vie/secteur :

Rubriques / questions

En rouge : les 15 questions-clefs

? C = questions clefs ? S= questions sélectionnées

?

C

?

S

Remarques :

1. Mes activités				
1.1	A mon goût			
1.2	Variées			
1.3	Adaptées aux circonstances			
1.4	Mes activités sont adaptées à mon handicap	X		
1.5	Mes activités sont valorisantes	X		
1.6	Durée			
1.7	Horaires			
1.8	Équilibre entre les temps d'activités et les moments de repos ou de loisirs	X		
1.9	Équilibre entre les activités collectives et individuelles	X		
1.10	Financièrement accessibles			
1.11	Temps de déplacement pour aller de mon logement à mes activités habituelles			
1.12	Matériel, équipement			
1.13	Évaluation des activités	X		
2. Pendant les pauses et les moments sans activité				
2.1	Nombre d'heures par jour sans activité			
2.2	Information sur le planning de ces moments sans activité			
2.3	Disponibilité de l'équipe			
2.4	Mon bien-être pendant les pauses et les moments sans activité	X		
2.5	Occupations proposées			
3. Mon autonomie, mon information				
3.1	Aide reçue pour organiser mon emploi du temps			
3.2	Stimulation de mon autonomie pendant les activités			
3.3	Informations sur le programme de mes activités			
3.4	Informations sur les changements du programme d'activités			
3.5	Possibilité de participer à l'élaboration du programme d'activités	X		
3.6	Possibilité de choisir les personnes avec qui je fais les activités			
3.7	Possibilité de refuser de participer à une activité			
3.8	Gestion de l'imprévu			
4. Mon bien-être pendant mes activités				
4.1	Mon confort pendant mes activités	X		
4.2	Ma sécurité pendant mes activités	X		
4.3	Respect des précautions pour ma santé			
4.4	Ma dignité			
5. Ouverture vers l'extérieur				

5.1	Possibilité d'inviter les personnes de mon choix à partager mes activités		
5.2	Possibilité de participer à des activités à l'extérieur avec d'autres personnes en situation de handicap		
5.3	Possibilité de participer à des activités à l'extérieur en milieu ordinaire	X	
6. Les personnes qui m'aident			
6.1	Je les connais		
6.2	Les personnes qui m'aident sont bienveillantes	X	
6.3	Sont rassurantes		
6.4	Sont disponibles pour m'aider		
6.5	Sont à l'écoute de mes besoins		
6.6	Sont en nombre suffisant		
6.7	Respectent mon intimité		
6.8	Respectent le secret professionnel		
6.9	Respectent les consignes et sont attentives aux risques		
6.10	Les personnes qui m'aident favorisent mon autonomie	X	
6.11	Collaborent avec les autres professionnels et ma famille		
7. Questions qui ne concernent que moi (ou mon service)			
8. Mes besoins sont expliqués dans un document			
8.1	Un document qui explique mes besoins me semble nécessaire	X	
8.2	Ce document existe	X	
8.3	J'ai une copie de ce document		
8.4	Je sais à qui ce document est donné		
8.5	Je suis d'accord que ce document soit donné à ces personnes		
8.6	Ce document me semble complet		
8.7	Ce document a été fait avec moi		
8.8	Ce document a été fait avec des professionnels		
8.9	Ce document a été fait avec ma famille		
8.10	Ce document est revu au moins une fois par an		
8.11	Ce rythme de révision me convient		
8.12	Ce document est revu avec moi		
8.13	Ce document est revu avec les professionnels		
8.14	Ce document est revu avec ma famille		
8.15	Ce document est appliqué	X	