

Quels dispositifs pour m'accompagner en Meurthe-et-Moselle ? Soutien aux aidants, actions de prévention seniors, maintien de l'autonomie, ...

Vous êtes Meurthe-et-Mosellan(e) et âgé(e) de plus de 60 ans ? Vous êtes Meurthe-et-Mosellan(e) et aidant(e) d'une personne en situation de handicap ou d'une personne âgée en perte d'autonomie ? Prenez quelques minutes pour répondre à ce questionnaire, qui permettra à tous les acteurs du territoire d'identifier vos besoins !

Utilisées de manière anonyme, vos réponses contribueront au développement partenarial de projets concrets et à la définition de politiques partagées en matière de prévention, afin de permettre à tous les Meurthe-et-Mosellans et à leurs aidants de vivre dans les meilleures conditions possibles.

De nombreuses activités, dispositifs d'accompagnement et aides financières proposés par différents acteurs existent déjà ; n'hésitez pas à renseigner vos coordonnées si vous souhaitez en être informé(e).

Temps estimé : environ 10 minutes.

Merci !



Votre profil

Vous êtes * :

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

Quel est votre âge?*

Moins de 18 ans

Entre 18 et 25 ans

Entre 26 et 60 ans

Plus de 60 ans

Plus de 75 ans

Plus de 90 ans

Vous occupez-vous régulièrement d'un proche en perte d'autonomie ou de handicap (êtes-vous proche aidant)?*

OUI

NON

La personne que vous aidez est-elle en situation de perte d'autonomie liée :

à l'âge (plus de 60 ans)

à un handicap

aux deux associés

Éprouvez-vous des difficultés à faire face, en tant qu'aidant(e), au vieillissement de votre proche en situation de handicap âgé de plus de 60 ans ?

OUI

NON

Quelle est votre situation ?*

Scolarisé

Etudiant

En recherche d'emploi

Actif

Retraité

Autre

Autre :

Qui est la personne que vous aidez ?

- ☐ Mon enfant
- ☐ Mon parent (père/mère)
- ☐ Mon frère et/ou ma soeur
- ☐ Mon ou ma conjoint(e)
- ☐ Autre

Autre :

Quelle est l'année de naissance de votre proche ?

Quel est le type de handicap de votre proche ?

Handicap moteur

Handicap psychique

Handicap mental

Troubles du neurodéveloppement (TSA, TDI, TDAH, DYS)

Je ne sais pas

Votre proche dispose-t-il d'une reconnaissance MDPH ?

OUI

NON

Quel est le lieu de vie de votre proche aidé ?

- ☐ A mon domicile
- ☐ Un logement individuel
- ☐ En hébergement permanent (en institution)
- ☐ En hébergement temporaire (en institution)
- ☐ Autre habitat partagé

Autre habitat partagé :

Dans votre rôle d'aidant, aimeriez-vous participer à des activités seul(e), avec votre proche, ou alterner entre les deux en fonction des activités ?

- ☐ Seul(e)
- ☐ Avec mon proche aidé
- ☐ Seul(e) et aussi avec mon proche aidé lorsque c'est possible
- ☐ Ni moi ni mon proche ne souhaitons participer à ces activités

De quel(s) dispositif(s) d'aide aux aidants souhaiteriez-vous pouvoir bénéficier ?

Ces actions de soutien sont à destination uniquement des aidants souhaitant partager des moments avec d'autres aidants afin de se retrouver entre pairs. Certaines activités peuvent également être réalisées avec votre aidé si vous le souhaitez.

Actions de sensibilisation et d'information

- ☐ Actions de sensibilisation aux dispositifs d'accompagnement des aidants

Actions de formation

- ☐ Aide dans les démarches administratives
- ☐ Formations (accompagnement au cours de la maladie ou du handicap, gestes et postures, etc.)
- ☐ Cours d'informatique

Actions de soutien psychosocial

- ☐ Soutien individuel
- ☐ Groupe de parole

Actions de prévention santé et bien-être

- ☐ Activités physiques
- ☐ Sorties culturelles
- ☐ Ateliers collectifs de prévention (pour prendre soin de soi, de sa santé, en tant qu'aidant)

Aide au répit

- ☐ Vacances réservées aux aidants
- ☐ Vacances adaptées aidants/aidés
- ☐ Visite de bénévoles ou de jeunes volontaires
- ☐ Répit à domicile (un professionnel vient garder votre proche à domicile)
- ☐ Répit en établissement (accueil de jour/hébergement temporaire)
- ☐ Accueil permanent en établissement de l'aidé
- ☐ Mesure de protection concernant l'aidé (tutelle, curatelle, etc)
- ☐ Aide humaine

Autre

- ☐ Je ne souhaite pas bénéficier de dispositifs d'aide aux aidants

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de ces dispositifs, précisez :

- ☐ Je n'ai pas le temps
- ☐ Les thématiques proposées ne m'intéressent pas
- ☐ J'ai du mal à me déplacer
- ☐ Je ne peux pas laisser mon proche seul
- ☐ Je n'en ressens pas le besoin
- ☐ Autre

Si "autre", précisez :

Avez-vous besoin de suppléance pour vous remplacer auprès de votre proche pendant le temps de l'action ?*

OUI

NON

Vivez-vous seul(e) ?*

OUI

NON

Vous sentez-vous isolé(e) ?*

OUI

NON

Rencontrez-vous des difficultés liées à votre âge ?*

Oui Maladie

Oui Perte d'autonomie

Oui Fatigue

Oui Epuisement physique

Oui Epuisement psychologique

Oui Isolement

NON

Autre

Si autres difficultés, précisez

En cas de nécessité, pouvez-vous compter sur un relais de votre entourage ?

Oui Familial

Oui Amical

Oui Voisinage

Oui Professionnel (médecin,
assistante sociale, aide à domicile
etc)

Non

Quel est votre lieu de vie ?*

- ☐ Logement traditionnel
- ☐ Résidence autonomie / Résidence services seniors
- ☐ EHPAD
- ☐ Autre habitat partagé

Préciser le type d'habitat partagé :

Pensez-vous que votre logement est adapté pour vieillir à domicile ?*

OUI

NON

Pensez-vous que le logement de votre proche est adapté ?*

OUI

NON

Envisagez-vous des travaux :*

Dans l'année à venir

Dans les 5 ans à venir

Dans les 10 ans à venir

Je n'envisage pas de travaux

Envisagez-vous des travaux :*

Pour vous

Pour votre proche

Pour vous deux

Actions de prévention

Vous ou votre proche avez-vous déjà participé à une action de prévention de la perte d'autonomie ces 5 dernières années?*

OUI

NON

Si oui, laquelle ou lesquelles ?*

Mémoire

Nutrition

Sommeil / relaxation

Adaptation du logement

Vie en société / Lien social

Activité physique adaptée

Activités culturelles / artistiques

Informatique / numérique

Prévention routière

Autre

Plusieurs choix possibles

Si "autre", précisez :

Si non, pourquoi ?*

Les thématiques proposées ne m'intéressent pas, ou n'intéressent pas mon proche

Ni moi ni mon proche ne nous sentons concerné(e) (s)

Ni moi ni mon proche n'avons eu connaissance de ces actions

Difficulté de déplacement

Autre

Plusieurs choix possibles

Précisez :

Si vous et/ou votre proche êtes âgés de plus de 60 ans, seriez vous intéressé(e) par des actions de prévention ? (ateliers bien-être, activités physiques, informatique etc.)

OUI moi uniquement

Oui mon proche et moi-même

Oui mon proche uniquement

Non

Si oui, laquelle ou lesquelles ?*

Mémoire

Nutrition

Sommeil / relaxation

Adaptation du logement

Vie en société / Lien social

Activité physique adaptée

Activités culturelles / artistiques

Informatique / numérique

Prévention routière

Autre

Plusieurs choix possibles

Dans votre rôle d'aidant, aimeriez-vous participer à des activités seul(e), avec votre proche, ou alterner entre les deux en fonction des activités ?

Seul(e)

Avec mon proche aidé

Seul(e) et aussi avec mon proche aidé lorsque c'est possible

A quel(s) action(s) de prévention vous et/ou votre proche souhaiteriez participer ?*

Mémoire

Nutrition

Sommeil / relaxation

Adaptation du logement

Vie en société

Activité physique adaptée

Activités culturelles / artistiques

Informatique / numérique

Prévention routière

Autre

Plusieurs choix possibles

Précisez :

Aimeriez-vous vous investir dans une action bénévole ?*

OUI

NON

Si oui, laquelle ou lesquelles ?*

Rendre visite aux personnes isolées

Aider les personnes en difficulté sociale

Transmettre vos connaissances et expériences

Autre

Plusieurs choix possibles

Aider les personnes en difficulté sociale, précisez :

Transmettre vos connaissances et expériences, précisez :

Autre, précisez :

Dans quel territoire vivez-vous?*

Territoire de LONGWY

Territoire de BRIEY

Territoire du VAL DE LORRAINE

Territoire de TERRES DE LORRAINE

Territoire du GRAND NANCY

Territoire du LUNEVILLOIS

Merci de vous référer à la carte ci dessous



Dans quelle commune résidez-vous ?

Dans quelle commune réside votre proche ?

Participeriez-vous à des actions mises en place sur des communes voisines ?*

OUI

NON

Si oui, dans un rayon de combien de kilomètres?*

moins de 5 kms

jusqu' à 10 kms

jusqu'à 20 kms

jusqu'à 30 kms

30 kms et plus

Quelles sont vos possibilités de déplacement ?*

- ☐ Véhicule personnel
- ☐ Transport en commun
- ☐ Transport adapté / à la demande
- ☐ Covoiturage
- ☐ Autre

Plusieurs choix possibles

Précisez votre moyen de déplacement :

Pour aller plus loin

Acceptez-vous d'être informé(e) des actions à venir près de chez vous ?*

OUI

NON

Nom

Prénom

Votre adresse mail :

Votre adresse postale (n° et nom de rue) :

Votre code postal :

Votre commune :

Vos coordonnées téléphoniques :

Le Département de Meurthe-et-Moselle et ses partenaires utilisent vos informations pour répondre à vos besoins en matière d'actions de prévention. Pour obtenir plus d'infos sur le traitement de vos données et les droits qui y sont liés, y compris votre droit au retrait du consentement, contactez conferencedesfinanceurs@departement54.fr

Demande de consentement

- ☐ J'accepte d'être recontacté(e) par le Département pour répondre à mes besoins en matière d'actions de prévention comprenant informations, actualités et offres relatives à ces activités. Je reconnais avoir pris connaissance du paragraphe ci-dessous et peux me désinscrire à tout moment.
- ☐ J'accepte d'être recontacté(e) par les partenaires du Département pouvant répondre à mes besoins en matière d'actions de prévention, comprenant informations, actualités et offres relatives à leurs activités. Je reconnais avoir pris connaissance du paragraphe ci-dessous et peux me désinscrire à tout moment.
- ☐ Je ne souhaite pas que mes données soient transmises

Que fait le Département de Meurthe-et-Moselle de vos données ?

Le Département recueille des informations sur vos besoins en tant que Meurthe-et-Mosellan(e) et/ou aidant(e) pour mieux adapter son offre d'accompagnement. Avec votre consentement, ces données servent aussi à vous informer sur les aides disponibles pour les aidant-e-s.

Ces informations sont destinées aux services compétents du Département et aux organismes non commerciaux impliqués dans l'accompagnement, la gestion et le contrôle des aides : PFR Oxygène Répit, ASSPO, OHS Lorraine et FCS 54.

Vos données sont conservées tant que vous maintenez votre consentement.

Quels sont vos droits ?

Vous pouvez accéder à vos données, les corriger, demander leur suppression, vous opposer à leur utilisation, demander leur portabilité ou limiter leur traitement.

Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment en contactant : monautonomie@departement54.fr ou aidant@departement54.fr

Pour plus d'informations sur vos droits, consultez le site cnil.fr.

Comment exercer vos droits ?

Pour toute demande ou question concernant vos données, contactez la Déléguée à la protection des données (DPO) du Département : dpo@departement54.fr ou Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle, Madame la Déléguée à la protection des données, 48 esplanade Jacques-Baudot CO 90019, 54035 NANCY CEDEX

Si, après nous avoir contactés, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez saisir la CNIL.