

## Quelles actions de prévention pour préserver mon bien être et mon autonomie ?

Si vous ne pouvez pas compléter le formulaire en ligne (<https://cvip.sphinxonline.net/v4/s/6xow07>), ce formulaire papier peut être renseigné puis envoyé par mail à [monautonomie@departement54.fr](mailto:monautonomie@departement54.fr), ou par voie postale au Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle - Direction de l'Autonomie- 48 esplanade Jacques-Baudot - CO 90019 - 54035 NANCY Cedex

Utilisées de manière anonyme, vos réponses contribueront au développement de projets concrets et à la définition des politiques en matière de prévention sénior afin de permettre à tous les meurthe-et-mosellans de plus de 60 ans de vivre et vieillir à domicile dans les meilleures conditions possibles.

De nombreuses activités, dispositifs d'accompagnement et aides financières existent déjà; n'hésitez pas à renseigner vos coordonnées si vous souhaitez en être informé. Merci

Temps utile : moins de 5 minutes

## Votre profil

- **Vous êtes :**

- Un homme
- Une femme

- **Quel est votre âge?**

- Moins de 55 ans
- Entre 55 et 59 ans
- Entre 60 et 69 ans
- Entre 70 et 79 ans
- Entre 80 et 89 ans
- 91 ans et plus

# Vous occupez-vous régulièrement d'un proche en perte d'autonomie?

- OUI
- NON

## **Si oui :**

***Etes-vous en activité professionnelle ?***

- OUI
- NON

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

*Plusieurs choix possibles*

- Actions de sensibilisation aux dispositifs d'accompagnement des aidants
- Soutien individuel
- Groupe de parole
- Activité commune aidant/aidé (ex : gym, activité culturelle,...)
- Ateliers collectifs de prévention (pour prendre soin de soi, de sa santé, en tant qu'aidant)
- Visite de bénévoles ou de jeunes volontaires
- Cours d'informatique
- Répit (accueil temporaire de votre proche par des professionnels)
- Autre, précisez

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

- OUI
- NON

## Votre environnement

- **Vivez-vous seul(e) ?**

- OUI
- NON

- **Vous sentez-vous isolé(e) ?**

- OUI
- NON

- **Quel est votre lieu de vie ?**

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

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

- OUI
- NON

### **Si non :**

- **Envisagez-vous des travaux :**

- dans l'année à venir
- dans les 5 années à venir
- dans les 10 ans à venir
- je n'envisage pas de travaux

- **Quelles sont vos possibilités de déplacement ?**

*Plusieurs choix possibles*

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

# Actions de prévention

- 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 ?**

*Plusieurs choix possibles*

- Mémoire
- Nutrition
- Sommeil / relaxation
- Adaptation du logement
- Vie en société / Lien social
- Activité physique adaptée
- Activités culturelles / artistiques
- Informatique / numérique
- Prévention routière
- Autre, précisez

- Si non :**

**Pourquoi ?**

*Plusieurs choix possibles*

- Les thématiques proposées ne m'intéressent pas
- Je ne me sens pas concerné(e)
- Je n'ai pas eu connaissance de ces actions
- J'ai du mal à me déplacer
- Autre, précisez

• **A quel(s) action(s) de prévention souhaiteriez-vous participer ?**

*Plusieurs choix possibles*

- Mémoire
- Nutrition
- Sommeil / relaxation
- Adaptation du logement
- Vie en société / Lien social
- Activité physique adaptée
- Activités culturelles / artistiques
- Informatique / numérique
- Prévention routière
- Autre, précisez

• **Aimeriez-vous vous investir dans une action bénévole ?**

- OUI
- NON

○ **Si oui :**

**Laquelle ou lesquelles ?**

*Plusieurs choix possibles*

- Rendre visite aux personnes isolées
- Aider les personnes en difficulté sociale
- Transmettre vos connaissances et expériences
- Autre, précisez

• **Dans quel territoire vivez-vous?**

*Merci de vous référer à la carte ci contre*

- Territoire de LONGWY
- Territoire de BRIEY
- Territoire du VAL DE LORRAINE
- Territoire de TERRES DE LORRAINE
- Territoire du GRAND NANCY
- Territoire du LUNEVILLOIS



- Dans quelle commune résidez-vous ?

- Participeriez-vous à des actions de prévention 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

# A votre service pour vous accompagner

Acceptez-vous d'être contacté(e) pour être invité(e) à une action de prévention ?

OUI

NON

**Si oui :**

Nom

Prénom

Votre adresse mail :

Vos coordonnées téléphoniques :

*Le Département de Meurthe-et-Moselle utilise 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](mailto:conferencedesfinanceurs@departement54.fr)*