

**Vous êtes ...**

- Agé(e) de 60 ans ou plus, autonome ou en perte d'autonomie
- En situation de handicap
- En situation de maladie invalidante ou chronique

Le Conseil Départemental de la Vendée souhaite entendre votre voix pour mieux comprendre les défis que vous rencontrez au quotidien. Grâce à votre participation, nous pourrions construire le futur schéma Vendée Autonomie 2025-2029 – un document stratégique et politique visant à déterminer les actions à mener auprès des personnes âgées et/ou en situation de handicap – et proposer une offre adaptée à leurs besoins.

Nous vous remercions de renseigner les questions qui vous concernent. Pour vous y aider, des indications sont précisées au-dessus de chaque question : « à tous », « si vous êtes à domicile », « si vous êtes en établissement », « si vous êtes en perte d'autonomie », etc.

Votre participation est anonyme. Vous pouvez répondre au questionnaire jusqu'au 30 novembre 2024, merci de n'y répondre personnellement qu'une seule fois.

Nous vous remercions chaleureusement pour votre contribution.

**Vous pouvez déposer votre questionnaire rempli :**

- À votre Maison des Solidarités et de la Famille de proximité.
- Au Pôle Solidarité et Famille, situé au 196 boulevard Aristide Briand, 85000 La Roche-Sur-Yon.
- À l'accueil Maison Vendée Autonomie, 185 Boulevard Leclerc, 85000 La Roche-Sur-Yon.

**Vous pouvez également le retourner par courrier** à la Direction Maison Vendée Autonomie, 40 rue Maréchal Foch, 85923 La Roche-Sur-Yon Cedex 9.

**A TOUS**

1. Recevez-vous de l'aide de la part d'une personne de confiance pour répondre à ce questionnaire ?

*Une réponse possible*

- Oui                       Non                       Sans réponse

**A TOUS**

2. Vous êtes

*Une réponse possible*

- Un homme                       Une femme

**A TOUS**

3. Vous êtes

*Une réponse possible*

- Retraité, âgé de 60 ans ou plus, autonome  
 Retraité, âgé de 60 ans ou plus en perte d'autonomie  
 En situation de handicap, avec reconnaissance par la MDPH  
 En situation de maladie chronique ou invalidante

**Si vous êtes en situation de handicap, répondez à la question 4**

4. Vous êtes en situation de handicap ?

*Plusieurs réponses possibles*

- Moteur  
 Sensoriel  
 Mental  
 Psychique  
 Lié à un trouble du spectre de l'autisme (TSA)  
 Lié à un trouble du langage ou de la parole  
 Polyhandicap

**Si vous êtes retraité(e) âgé(e) de plus de 60 ans en perte d'autonomie, répondez à la question 5**

5. Quel est votre degré d'autonomie (Groupe Iso Ressources) :

*Une réponse possible*

**Le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR.**

- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- Non connu

**A TOUS**

6. Quelle est votre année de naissance ? \_\_\_\_\_

**A TOUS**

7. Quelle est votre commune de résidence ? \_\_\_\_\_

**A TOUS**

8. Où vivez-vous ?

*Une seule réponse possible*

- À votre domicile
- En établissement, en résidence autonomie ou en accueil familial
- Chez un tiers (parent, oncle, tante, voisin, etc.)
- Les deux : à domicile et en établissement tout ou partie de la journée ou de la nuit
- Sans réponse

**Si vous vivez à votre domicile, répondez à la question 9****9. A votre domicile, vivez-vous actuellement ?***Une réponse possible*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seul(e)                   | <input type="checkbox"/> En couple, avec des enfants |
| <input type="checkbox"/> Seul(e), avec des enfants | <input type="checkbox"/> En famille                  |
| <input type="checkbox"/> En couple, sans enfant    | <input type="checkbox"/> Sans réponse                |

**Si vous vivez à votre domicile, répondez à la question 10****10. Dans quel type de logement habitez-vous ?***Une réponse possible*

- Logement privé, en tant que propriétaire
- Logement privé, en tant que locataire
- Logement social
- Résidence services seniors
- Habitat inclusif
- Autre, préciser : \_\_\_\_\_
- Sans réponse

**Si vous vivez à votre domicile, répondez à la question 11****11. Rencontrez-vous des difficultés pouvant remettre en cause votre maintien à domicile ?***Une réponse possible*

- Oui                       Non

**Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?***Plusieurs réponses possibles*

- Suivi administratif complexe
- Inadaptation de votre logement (manque d'accessibilité, d'équipements adaptés)
- Sentiment de solitude
- Manque de mobilité
- Coût financier élevé des aides à domicile
- Manque de soutien familial ou social
- Difficulté à trouver des professionnels de santé ou d'aide à domicile
- Manque de service de proximité (commerces, transports, services médicaux, etc.)

**Si vous êtes en perte d'autonomie ou en situation de handicap, répondez à la question 12****12. Avez-vous pu adapter votre logement à vos besoins ?***Une réponse possible*

- Oui       Non

**Si non, pour quelle(s) raison(s) ?***Plusieurs réponses possibles*

- Coût élevé des travaux d'adaptation  
 Impossibilité de réaliser des travaux (exemple : refus de la copropriété, contraintes architecturales, etc.)  
 Manque d'information sur les aides possibles  
 Difficulté à trouver des artisans ou professionnels qualifiés  
 Démarches administratives trop compliquées  
 Ma perte d'autonomie ou mon handicap ne nécessitent pas d'adaptation de mon logement

**Si vous êtes accueilli(e) au sein d'un établissement, répondez à la question 13****13. Etes-vous actuellement accueilli(e) au sein de :***Une réponse possible*

- Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)  
 Structure de soin  
 Résidence autonomie  
 Accueil familial  
 Maison d'accueil spécialisé (MAS)  
 Foyer d'accueil médicalisé (FAM)  
 Foyer de vie  
 Foyer d'hébergement  
 Sans réponse

**Si vous résidez en établissement, répondez à la question 14****14. Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous entré(e) en établissement ?***Plusieurs réponses possibles*

- Je n'avais pas assez d'heures d'aide à domicile  
 Le coût des aides à domicile était trop élevé  
 Mon logement ne correspondait plus à mes besoins

- Je ne me sentais plus en sécurité chez moi
- Je faisais des chutes fréquentes
- Je me sentais isolé(e) à domicile
- L'aide proposée en établissement correspond à mes besoins et/ou mon projet de vie
- Mes proches ne pouvaient plus m'aider
- Je n'ai pas choisi d'entrer en établissement

**Si vous vivez à domicile, répondez à la question 15**

**15. Vous faites-vous aider dans votre vie quotidienne ? (Exemple : repas, ménage, pour se lever, se coucher, la prise des médicaments, la toilette)**

*Plusieurs réponses possibles*

- Oui, par votre entourage (famille, amis, voisins)
- Oui, par un service d'aide à domicile (aide-ménagère, auxiliaire de vie)
- Oui, par un service de soins infirmiers à domicile
- Oui, par un service de portage de repas
- Oui, par un infirmier libéral
- Oui, par une association constituée de bénévoles
- Non, mais vous le souhaiteriez
- Vous n'avez pas besoin d'aide actuellement

**Si vous êtes en situation de handicap, répondez à la question 16**

**16. Êtes-vous actuellement accompagné(e) par ?**

*Plusieurs réponses possibles*

- Un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- Un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
- Un service de soins infirmiers à domicile (SIAD)
- Un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
- Aucun accompagnement

**Si vous vivez à domicile et que vous bénéficiez d'aides, répondez à la question 17**

**17. Avez-vous des motifs d'insatisfaction concernant vos aides quotidiennes ?**

*Une réponse possible*

- Oui
- Non

**Si oui, précisez :**

---



---



---



---



---

**Si vous êtes accueilli(e) en établissement, répondez à la question 18**

**18. Pour chaque critère, êtes-vous satisfait de l'établissement dans lequel vous êtes accueilli ?**

*Une réponse possible par ligne*

	Totalement satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt pas satisfait	Pas du tout satisfait
Qualité de la prise en charge et des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confort de votre chambre et des espaces communs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service de restauration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité des animations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bienveillance et respect de votre intimité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liberté d'aller et venir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de vos choix de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambiance de la vie collective	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relation avec les professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous êtes en situation de handicap et vous avez 20 ans ou plus, répondez à la question 19**

**19. Exercez-vous une activité professionnelle ?**

*Une réponse possible*

- Oui, en milieu ordinaire
- Oui, dans une entreprise adaptée
- Oui, dans un ESAT
- Autre (structure d'insertion)
- Non
- Sans réponse

**Si vous êtes en situation de handicap et vous avez 20 ans ou plus, répondez à la question 20**

**20. Votre situation professionnelle correspond-t-elle à vos souhaits initiaux ?**

*Une réponse possible*

- Oui
- Non
- Partiellement, elle est provisoire en attendant que mon projet se concrétise
- Sans objet

**A TOUS**

**21. Avez-vous déjà renoncé aux aides dont vous auriez besoin en raison du coût des services ?**

*Une réponse possible*

- Oui
- Non
- Sans réponse

**A TOUS**

**22. Parmi les propositions suivantes, de quoi auriez-vous besoin en priorité pour vivre mieux et vous sentir mieux intégré dans votre lieu de vie ?**

*Six réponses possibles parmi les dix-huit propositions*

**Vie sociale** \_\_\_\_\_

- Participer à des activités de loisirs, culturelles, manuelles
- Rencontrer de nouvelles personnes, vous faire des amis
- Participer à des activités physiques et sportives
- Être aidé pour organiser et/ou partir en vacances

**Vie quotidienne** \_\_\_\_\_

- Être aidé pour effectuer les tâches de la vie quotidienne (ménage, repas, toilette, etc.)
- Être aidé pour effectuer vos démarches administratives (dossiers de demande d'aide...)
- Être aidé pour vous déplacer vers vos activités du quotidien (courses, rendez-vous médicaux, loisirs)
- Accéder à des services médicaux à proximité (médecin, infirmier...)
- Être aidé pour utiliser la téléconsultation médicale (à distance)
- Accéder aux services publics à proximité (mairie, La Poste, service des impôts...)
- Exercer vos droits civiques, faire entendre votre voix en tant que citoyen

**Logement** \_\_\_\_\_

- Pouvoir vivre dans un logement adapté à votre besoin dans votre commune et ses environs
- Êtes accompagné pour adapter votre logement (conseil d'un professionnel, aides financières, suivi de travaux)



Être admis dans un établissement médico-social adapté à vos besoins (hébergement permanent ou temporaire, accueil de jour ...)

**Parcours de vie** \_\_\_\_\_

Être accompagné dans votre vie professionnelle (formation, aide à l'insertion, aide au maintien...)

Accéder à des ateliers pouvant vous aider à bien vieillir (alimentation, mémoire, prévention des chutes et équilibre, sécurité routière, utilisation du numérique)

Être accompagné dans votre parcours pour entrer en établissement ou pour accéder à un service lié à votre âge ou handicap.

Vous n'avez aucun besoin

**A TOUS**

### 23. Quels sont vos moyens de déplacement ?

*Plusieurs réponses possibles*

Voiture personnelle

Deux roues (scooter, vélo)

Transports en commun

Transport solidaire

Transport à la demande

Taxi

Moyen de locomotion de vos proches

Aucun moyen de déplacement

**A TOUS**

### 24. L'accès aux transports a-t-il un impact sur votre vie quotidienne ?

*Une réponse possible*

Oui, significativement

Oui, mais de manière modérée

Non, pas vraiment

**Si oui, Précisez l'impact :**

---

---

---

**Si vous vivez à votre domicile, répondez à la question 25**

25. Actuellement, pratiquez-vous une ou plusieurs activités de loisirs, sportives et/ou associatives, en dehors de chez vous ?

*Une réponse possible*

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, régulièrement     | <input type="checkbox"/> Non, jamais  |
| <input type="checkbox"/> Oui, de temps en temps | <input type="checkbox"/> Sans réponse |

**Si non, pour quelle(s) raison(s) ne pratiquez-vous pas d'activités de loisirs ou sportives ?**

*Plusieurs réponses possibles*

- Des problèmes de santé vous empêchent de vous déplacer
- Des problèmes de santé ou liés à votre handicap vous empêchent de participer à des activités
- Vous ne disposez pas de moyen de transport pour vous déplacer
- Vos ressources financières ne vous le permettent pas
- Ce qui est proposé ne vous plaît pas
- Vous n'en avez pas l'envie
- Vous n'osez pas
- Vous n'êtes pas informé(e) sur les activités

**Si vous êtes en établissement, répondez à la question 26**

26. Avez-vous dû arrêter des activités de loisirs, sportives et/ou associatives que vous pratiquiez avant votre entrée en établissement ?

*Une réponse possible*

- Oui, cela me manque
- Oui, mais j'ai trouvé de nouvelles activités qui compensent
- Oui, mais cela n'a pas de lien direct avec mon entrée dans cet établissement
- Non, pas du tout, j'ai pu continuer mes activités
- Sans réponse

**A TOUS**

27. Quand vous avez besoin d'informations sur des services, des activités et/ou besoin de réaliser des démarches administratives, vers qui vous tournez-vous en priorité ?

3 réponses possibles

Votre famille, votre entourage	<input type="checkbox"/>
Associations	<input type="checkbox"/>
Etablissement médico-social	<input type="checkbox"/>
Maison Vendée Autonomie : MDPH et MDSF	<input type="checkbox"/>
Mairie ou Centre Communal d'Action Sociale	<input type="checkbox"/>
Communauté de communes / d'agglomération ou Centre Intercommunal d'Action Sociale	<input type="checkbox"/>
Professionnels de santé ou paramédicaux (infirmier, médecins, ...)	<input type="checkbox"/>
Professionnels du domicile (aide à domicile, infirmier, ...)	<input type="checkbox"/>
Tuteur/curateur	<input type="checkbox"/>
Professionnels sociaux et médico-sociaux (assistante sociale, éducateur, ...)	<input type="checkbox"/>
France services	<input type="checkbox"/>
Sur internet	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

**A TOUS**

28. De quelle(s) façon(s) préférez-vous avoir accès aux informations sur les actions et activités proposées près de votre lieu de vie ?

Plusieurs réponses possibles

- Les journaux, la presse locale
- Le journal de la Vendée
- Internet, notamment les sites des organismes locaux
- Internet, dans votre boîte e-mail
- Les réseaux sociaux
- La radio
- Vous allez chercher l'information sur place, dans les structures concernées
- Vous regardez les affiches, prospectus, guides
- Le bouche-à-oreille
- Pas intéressé(e)

**A TOUS**

29. Les démarches numériques vous posent-elles des difficultés ?

*Une réponse possible*

Oui

Non

**A TOUS**

30. Expression libre : souhaitez-vous exprimer quelque chose en particulier, qui puisse aider à la construction des politiques publiques destinées aux personnes âgées et/ou en situation de handicap en Vendée ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Merci pour vos réponses