**Questionnaire consultation citoyenne du 1er septembre au 15 octobre 2023.**

Ce questionnaire vise à connaître vos besoins en matière de solidarité à tous les âges de la vie et en fonction des situations que vous pouvez rencontrer. Vous pouvez le compléter, en tant que personne concernée par la situation, en tant qu’accompagnant ou simplement pour faire part de vos souhaits si vous deviez un jour être confronté à cette situation.

Il est construit en 6 parties :

* Vos besoins en tant que parent
* Vos besoins en tant qu’adulte
* Vos besoins pour vous accompagner dans l’avancée en âge
* Vos besoins en tant que personne en situation de handicap
* Vos besoins en tant qu’aidant d’une personne en perte d’autonomie due à l’avancée en âge ou à une situation de handicap
* Votre connaissance de l’offre de service du Département en matière de solidarité

Si vous n’êtes pas concerné par une question, vous pouvez directement passer à la suivante.

10 minutes environ sont nécessaires pour remplir ce questionnaire.

**Questions préliminaires :**

Je suis une femme

Je suis un homme

Quel âge avez-vous ? (à cocher)

18-24 ans

25-34 ans

35-49 ans

50-64 ans

65-74 ans

75 ans et plus

Dans quelle commune résidez-vous ?

Quelle est votre situation familiale ? :

Je vis seul(e)sans enfant  
Je vis seul(e) avec enfant(s)

Je vis en couple sans enfant

Je vis en couple avec enfant(s)

Je vis avec un ami ou un membre de ma famille

Autre

Quelle est votre situation actuelle ? :

Je travaille

Je suis retraité(e) ou pré-retraité(e)

Je suis étudiant(e)

Je suis à la recherche d’un emploi

Autre

**Partie 1 - mes besoins en tant que parent ou futur parent pour mon enfant**

Je suis concerné(e)

Je ne suis pas concerné(e)

**1.1 Petite enfance et enfance (0 - 10 ans)**

Je suis concerné(e)

Je ne suis pas concerné(e)

En tant que futur parent, avez-vous besoin de conseils ou soutien pendant la grossesse pour préparer la venue de votre enfant ?

(oui - non)

* Si oui, savez-vous qu’une sage-femme des services du Département peut vous rencontrer pour vous apporter des conseils ?(oui - non)
* Si non, souhaiteriez-vous qu’une sage-femme du Conseil départemental vous rencontre pour bénéficier de conseils ?

(oui - non)

Si vous avez besoin de conseils, est-ce en matière de : (cochez les réponses)

* Santé
* Alimentation
* Éveil
* Éducation
* Mode de garde

En tant que parent, avez-vous ou auriez-vous eu besoin de conseils et/ou d’accompagnement, les premiers jours suivant la naissance, pour vous-même et/ou votre conjoint ? (oui - non)

En tant que parent, avez-vous besoin de conseils et/ou d’accompagnement pour vous soutenir dans le bon développement de votre enfant ? (oui - non)

* Si oui, avez-vous connaissance :

- des consultations de pédiatrie préventive gratuites au service de la Protection maternelle infantile dans les maisons départementales de la solidarité (M.D.S) du Département (oui - non) ?

- de la possibilité de bénéficier de conseils gratuits de la part d’une puéricultrice des services du Département jusqu’aux 6 ans de votre enfant ? (oui - non)

Si vous avez besoin de conseils et/ou d’accompagnement, est-ce en matière de : (à prioriser parmi les 6 réponses)

* Santé
* Éducation
* Alimentation
* Sommeil
* Mode de garde
* Éveil

En tant que parent, avez-vous besoin d’aide pour le soutien éducatif de votre enfant ? (oui - non)

En tant que parent, si votre enfant rencontre des difficultés en lien avec un handicap, avez-vous besoin de conseils et/ou d’accompagnement sur les aides et droits auxquels vous pourriez prétendre ? (oui - non)

* Si oui, connaissez-vous la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H) ? (oui - non)
* Si oui, avez-vous connaissance du site internet de la M.D.P.H ?   
  (oui – non)

En tant que parent, avez-vous besoin d’aides pour l’accès aux loisirs, au sport ou à la culture pour votre (vos) enfant (s) ? (Oui - non)

**Partie 1 - mes besoins en tant que parent pour mon enfant**

Je suis concerné(e)

Je ne suis pas concerné(e)

**1.2 Adolescence (11 - 17 ans)**

En tant que parent, avez-vous besoin de conseils et/ou d’accompagnement pour comprendre l’adolescence et gérer la crise d’adolescence ? (oui - non)

Si oui, savez-vous vers qui vous orienter ? (à cocher)

* Maison départementale de la solidarité (M.D.S) du Département
* Maison des ados
* Espace santé jeunes
* Centres de santé sexuelle
* Autre

En tant que parent, avez-vous besoin de conseils et/ou d’accompagnement pour vous aider à dialoguer avec votre adolescent ? (oui - non)

Si oui, cela concerne-t-il : (à cocher)

* L’utilisation des réseaux sociaux et/ou jeux vidéo ?
* La vie affective et sexuelle ?
* Le harcèlement ?
* Le bien-être physique et mental (alimentation, activités sportives…)
* Le sommeil ?
* Les addictions ?

Pour les adolescents et pré-adolescents, les informations et les offres d’accompagnement dans les domaines suivants vous semblent-elles suffisantes ? (Sur une échelle de 1 à 4 : oui tout à fait, oui, pas vraiment, pas du tout)

* Utilisation des réseaux sociaux et/ou jeux vidéo
* Vie affective et sexuelle
* Harcèlement
* Bien-être physique et mental (alimentation, activités sportives…)
* Addictions

En tant que parent, si votre enfant rencontre des difficultés liées au handicap, avez-vous besoin de conseils sur les aides et droits auxquels vous pourriez prétendre ? (oui - non)

Si oui, connaissez-vous la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H) ? (oui - non)

Si oui, avez-vous connaissance du site internet de la M.D.P.H ?   
(oui - non)

En tant que parent, avez-vous besoin d’aide pour le soutien éducatif de votre enfant ? (oui - non)

En tant que parent, avez-vous besoin d’aides pour l’accès aux loisirs, au sport ou à la culture pour votre (vos) enfant (s) ? (oui - non)

**Partie 1 - mes besoins en tant que parent pour mon enfant**

Vers qui vous orienteriez-vous en cas de difficultés en lien avec votre enfant ?

* Entourage familial / amical
* Médecin généraliste
* École
* Maison départementale de la solidarité (M.D.S) du Département
* Association (exemple : Maison des adolescents, espace santé jeunes)
* Services de la Mairie
* Autre

Si vous constatez une situation de violence physique ou verbale à l’encontre d’un enfant, savez-vous à qui vous adresser ? (oui-non)

Si oui, à qui vous adressez-vous ? *(à cocher* *parmi la liste suivante :*)

* Numéro vert 119
* C.R.I.P (cellule de recueil des informations préoccupantes)
* Forces de l’ordre
* Médecin généraliste
* École
* Maison départementale de la Solidarité (M.D.S) du Département
* Association (exemple : Maison des adolescents, espace santé jeunes)
* Services de la Mairie
* Autre

**Partie 2 - mes besoins en tant qu’adulte**

Êtes-vous autonome dans la réalisation de l’ensemble des démarches quotidiennes (famille, emploi, santé, démarches administratives, etc.) ? : *(à cocher)*

* Très autonome
* Relativement autonome
* Peu autonome
* J’ai besoin d’aide au quotidien

Savez-vous à quelles aides vous avez droit et de quel accompagnement vous pouvez bénéficier ? (oui - non)

Rencontrez-vous des difficultés financières pour acheter à manger ?   
(oui - non)

Si vous êtes en recherche d’emploi, quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez ? (à cocher) :

* Il n’y a pas d’offres correspondant à mes compétences
* J’ai besoin de me former
* J’ai des problèmes de santé
* J’ai des difficultés pour me déplacer
* J’ai des difficultés pour faire garder mes enfants
* Je ne sais pas où chercher l’information
* Je ne sais pas comment améliorer mon C.V pour qu’il soit plus retenu
* Autre

Avez-vous des difficultés pour accéder à un logement ? (oui - non)

Êtes-vous satisfait de votre logement ? (oui - non)

Si non, pourquoi ? *(à cocher)* :

* Mes consommations d’énergie sont trop élevées
* Le montant du loyer est trop élevé
* Mon logement n’est pas ou plus adapté à mes besoins (trop grand ou trop petit…)
* Mon logement n’est pas ou plus adapté à mon état de santé
* Mon logement est insalubre
* Mon logement est éloigné des commerces et des services
* Autre

Dans le cas où vous avez besoin d’être conseillé(e) dans l’un de ces domaines, vers quel(s) service(s) vous orientez-vous ? (*à cocher parmi la liste suivante)*

* Maison départementale de la solidarité (M.D.S) du Département
* Mairie / Centre communal d’action sociale (C.C.A.S)
* Associations
* Entourage familial / amical
* Autre

Avez-vous besoin d’un soutien dans la réalisation de vos démarches administratives ? (oui - non)

Si oui, pourquoi ? (à cocher)

* J’ai besoin d’une aide pour la lecture ou l’écriture
* J’ai besoin d’une aide pour comprendre les démarches à réaliser (formulaires…)
* J’ai besoin d’une aide pour utiliser les outils numériques (ordinateur…)
* J’ai besoin d’une aide pour me déplacer

Dans ce cas, vers quel(s) service(s) vous orientez-vous ? *(à cocher)*

* Services concernés : impôts, CAF, sécurité sociale, …
* Maison Départementale de la Solidarité (M.D.S) du Département
* Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H)
* Caisses de retraite
* Espaces France Services ou Espaces publics numériques
* Mairie
* Centre communal d’action sociale (C.C.A.S)
* Associations
* Entourage familial / amical
* Autre

Si vous constatez une situation de violence physique ou verbale à l’encontre d’un adulte (femme, personne âgée, personne handicapée victimes de violence…), savez-vous à qui vous adresser ? (oui - non)

Si oui, à qui vous adressez-vous ? *(à cocher* *parmi la liste suivante :*)

* Numéro vert 3977
* Forces de l’ordre/Justice
* Médecin généraliste
* Maison Départementale de la Solidarité (M.D.S) du Département
* Association (exemple : France Victimes, Centre d’information des droits des femmes et des familles C.I.D.F.F)
* Autre

**Partie 3 - mes besoins en tant que personne concernée par l’avancée en âge**

Je suis concerné(e)

Je ne suis pas concerné(e)

Si vous avez des difficultés liées à la perte d’autonomie, avez-vous besoin de conseils sur les aides et droits auxquels vous pourriez prétendre ? (oui - non)

Si oui, savez-vous à qui vous adresser ? *(à cocher parmi la liste suivante)*

- Maison départementale de la solidarité (M.D.S) du Département

- Touraine Repér’Age

- Ligne grand âge du Département

- Caisses de retraite

- Mairie

- Centre communal d’action sociale (C.C.A.S)

- Espace France services

Avez-vous connaissance d’actions à côté de chez vous pour rester en bonne santé ? (oui - non)

Si oui, y avez-vous déjà participé ? (oui - non)  
Si non, seriez-vous intéressé pour y participer ? (oui - non)

En cas de perte d’autonomie, quel lieu de vie privilégieriez-vous ? *(à prioriser)*

* Rester vivre chez moi (oui-non)
* Aller vivre dans un nouveau logement individuel adapté avec des espaces partagés (jardin, salle de convivialité…) et des services communs (oui-non)
* Aller vivre chez quelqu’un de mon entourage (enfants…) (oui-non)
* Aller vivre dans une famille d’accueil : (oui-non)

Si vous ne souhaitez pas rester chez vous ou aller chez quelqu’un de votre entourage, envisagez-vous à l’avenir d’intégrer l’un des lieux suivants :

* + Résidence services séniors (oui - non)
  + Résidence autonomie (oui - non)
  + E.H.P.A.D (établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes) (oui - non)

Si vous envisagez d’intégrer un de ces lieux, est-ce pour (à cocher) :

* Y vivre toute l’année
* Quelques périodes dans l’année (hébergement temporaire)
* Dans la journée (accueil de jour)

Dans le cas où vous souhaitez rester vivre chez vous ou chez quelqu’un de votre entourage, quels sont ou seraient vos besoins prioritaires ?   
*(à cocher parmi la liste suivante)*

* Avoir une aide à domicile (aide au lever, à la toilette, à l’habillage, courses)
* Se faire livrer des repas
* Avoir accès à des soins à domicile
* Avoir accès à des services de téléassistance
* Avoir accès à des services pour me déplacer (transport collectif, transport à la demande…)
* Avoir un logement adapté (remplacement d’une baignoire par une douche, …)
* Avoir des équipements adaptés (fauteuil releveur, rampe d’accès, barre d’appui…)
* Avoir une vie sociale et relationnelle
* Accéder à une offre de loisirs, culturelle
* Avoir accès à des activités physiques adaptées
* Autre

**Partie 4 - mes besoins en tant que personne en situation de handicap**

Je suis concerné(e)

Je ne suis pas concerné(e)

Si vous êtes en situation de handicap, avez-vous besoin de conseils sur les aides et droits auxquels vous pourriez prétendre ? (oui - non)

Si oui, connaissez-vous la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H) ? (oui - non)  
Si oui, avez-vous connaissance du site internet de la M.D.P.H ?   
(oui - non)

En cas de situation de handicap, quels sont vos besoins ? *(à cocher parmi la liste suivante)*

* Avoir une aide à domicile (aide au lever, à la toilette, à l’habillage)
* Avoir accès à des services pour me déplacer (transport collectif, transport à la demande)
* Avoir un logement adapté (remplacement d’une baignoire par une douche)
* Avoir des équipements adaptés
* Avoir une vie sociale et relationnelle
* Avoir une vie affective
* Accéder à une offre de loisirs, culturelle
* Avoir accès à des activités physiques adaptées à votre situation de handicap
* Conserver mon travail ou trouver un travail
* Accéder à une formation

En cas de situation de handicap, quel lieu de vie privilégieriez-vous ?

* Rester vivre chez moi (oui - non)
* Aller vivre dans un nouveau logement individuel adapté avec des espaces partagés (jardin, salle de convivialité…) et des services communs (oui - non)
* Aller vivre chez quelqu’un de mon entourage (oui - non)
* Aller vivre dans une famille d’accueil (oui - non)
* Être accueilli(e) dans un établissement adapté à mes besoins

(oui - non)

Si vous souhaitez être accueilli(e) dans un établissement, est-ce pour : (à cocher)

* Y vivre toute l’année
* Quelques périodes dans l’année
* Dans la journée, de temps en temps

**Partie 5** : **mes besoins en tant qu’aidant d’une personne en perte d’autonomie due à l’avancée en âge ou à une situation de handicap**

En tant qu’aidant, lorsque le maintien à domicile pour la personne que vous accompagnez est ou devient difficile, savez-vous vers qui vous orienter ? (oui - non)

Si oui, à qui vous adressez-vous ? *(à cocher parmi la liste suivante)*

* Maison départementale de la solidarité (M.D.S) du Département
* Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H)
* Centre communal d’action sociale (C.C.A.S)
* Plateforme de répit
* Associations
* Autre

En tant qu’aidant, lorsque le maintien à domicile pour la personne que vous accompagnez est ou devient difficile, de quoi auriez-vous besoin ? *(à cocher) :*

* De l’intervention d’une aide à domicile pour être aidé dans les actes de la vie quotidienne (toilettes, repas, courses) (oui - non)
* De l’intervention d’un professionnel à domicile de quelques heures à plusieurs jours pour me permettre de m’absenter (oui - non)
* D’une garde de nuit à domicile (oui - non)
* De l’adaptation du logement (oui - non)
* De rencontres avec d’autres aidants pour bénéficier de conseils (oui - non)
* D’accueil en journée de la personne accompagnée dans un établissement (oui - non)
* D’accueil pour des périodes temporaires en établissement de la personne accompagnée (oui - non)
* D’accueil en continu dans un autre lieu de vie (oui - non)

Si oui, quel lieu de vie privilégieriez-vous ? *(à cocher)*

* + Famille d’accueil (oui-non)
  + Logement individuel adapté avec des espaces partagés (jardin, salle de convivialité…) et des services communs

(oui - non)

* + Résidence services séniors (oui - non)
  + Résidence autonomie (oui - non)
  + E.H.P.A.D (établissement d’hébergement pour personne âgées dépendantes) (oui - non)

**Partie 6 : Connaissance de l’offre de service du Département en matière de solidarité**

Connaissez-vous les « maisons départementales de la solidarité » et y avez-vous déjà eu recours ? (oui – non)

Si oui, comment jugez-vous l’accueil que vous avez reçu ? : (très satisfaisant, satisfaisant, assez satisfaisant, peu satisfaisant, pas du tout satisfaisant)

Pourquoi n’avez-vous pas rencontré les services du Département ?

* Je n’ai pas l’utilité de me rendre dans un lieu d’accueil pour rencontrer les services du département
* Je n’ai pas connaissance des aides proposées
* Je ne sais pas où trouver les lieux d’accueil du département
* Les horaires d’ouverture ne correspondent pas à mes possibilités
* Je n’ai pas de solution de transport pour m’y rendre
* Je n’ai pas une bonne image de ces services
* Les démarches sont trop longues
* Je crains de perdre une partie de mes droits.