

SIVIA Accès

Questionnaire de mobilité

Dijon métropole met à disposition des personnes à mobilité réduite qui souhaitent se déplacer au sein de la métropole un service de transport spécialisé, nommé DiviAccès.

Ce service leur permet d'être prises en charge **devant leur domicile** par un véhicule de type minibus ou taxi et d'être conduites à leur adresse de destination (la prise en charge se fait devant le domicile ou devant le lieu de destination, **toujours en bordure de voirie**). Il est facturé 1,40€ par trajet, 0,70€ pour les bénéficiaires de la CSS, de l'AME ou les accompagnateurs.

Les bénéficiaires du service DiviAccès sont les personnes rencontrant des **difficultés de mobilité qui ne leur permettent pas de se déplacer en bus ou en tramway**. Les personnes **aveugles et/ou se déplaçant en fauteuil roulant et titulaires d'une Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité** sont bénéficiaires prioritaires de ce service.

Les difficultés rencontrées pour se rendre à un arrêt habituel du réseau ne sauraient constituer à elles-seules un motif suffisant pour obtenir la possibilité d'utiliser le service DiviAccès.

Ce service n'est pas un service médicalisé : la prise en charge est toujours réalisée en bordure de voirie et les conducteurs ne sont pas habilités à accompagner les bénéficiaires en dehors du véhicule.

Les réponses aux questions posées ci-après sont nécessaires à la bonne instruction de votre dossier, afin de vérifier votre éligibilité au service DiviAccès d'une part, et préparer au mieux vos déplacements si vous êtes admis à utiliser ce service.

En conséquence, nous vous demandons d'être aussi précis que possible : tout questionnaire comportant des réponses manquantes ou imprécises ne sera pas étudié.

Vos informations personnelles (1/2)

Votre identité

Monsieur ☐ Madame ☐

Nom :

Prénom :

Date de naissance : .../.../.....

Contact

Téléphone portable : ... - ... - ... - ... - ... Téléphone fixe : ... - ... - ... - ... - ...

Courriel :@.....

Adresse : (précisez informations comme interphone, présence de marches etc.)

.....

.....

.....

Code postal : Ville :

Cette adresse correspond-t-elle à un **E.H.P.A.D** (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ? ☐ oui ☐ non

Comment préférez-vous être contacté ?

☐ Mail ☐ Téléphone

Identité de la personne à joindre en cas de besoin

Monsieur ☐ Madame ☐

Nom :

Prénom :

Date de naissance : .../.../.....

Contact de la personne à joindre en cas de besoin

Téléphone portable : ... - ... - ... - ... - ... Téléphone fixe : ... - ... - ... - ... - ...

Courriel :@.....

Adresse : (précisez informations comme interphone, présence de marches etc.)

.....

.....

.....

Code postal : Ville :

Vos informations personnelles (2/2)

Coordonnées du destinataire pour la réponse écrite informant de la décision concernant cette demande (uniquement si différent du demandeur)

Monsieur ☐ Madame ☐

Nom :

Prénom :

Adresse du destinataire pour la réponse écrite informant de la décision concernant cette demande (uniquement si différent du demandeur)

Adresse : (précisez informations comme interphone, présence de marches etc.)

.....
.....
.....

Code postal : Ville :

Carte Mobilité Inclusion

Carte mobilité inclusion

☐ **Invalidité**

☐ Mention besoin d'accompagnement

☐ Mention cécité

☐ **Priorité**

☐ **Stationnement** ou Carte Européenne de Stationnement

Merci de joindre une photocopie recto/verso de votre carte d'invalidité ou carte mobilité inclusion au bulletin d'inscription.

☐ Pas de carte Mobilité Inclusion

Les personnes qui ne sont pas titulaires d'une Carte Mobilité Inclusion doivent joindre obligatoirement un certificat médical à leur demande.

Vos habitudes de déplacements

Le service DiviAccès



À quelle fréquence pensez-vous avoir besoin du service DiviAccès ?

- ☐ Tous les jours
- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ 1 fois par semaine
- ☐ 1 fois par mois
- ☐ Quelques fois par an

Afin de personnaliser votre prise en charge, pourriez-vous nous préciser pour quels motifs vous souhaitez utiliser le service DiviAccès (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Déplacements professionnels, études
- ☐ Rendez-vous médicaux (hors bons de transport remboursés par la Sécurité Sociale)
- ☐ Déplacements réguliers vers un centre de soins, maison de retraite, association, MDPH
- ☐ Loisirs, Courses, Démarches administratives
- ☐ Visites à votre famille ou amis
- ☐ Autre :

Vos conditions de transport

Pouvez-vous rester seul dans le véhicule, sans la présence du conducteur ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pouvez-vous vous déplacer seul ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pour les personnes en fauteuil roulant, pouvez-vous vous transférer seul ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Vous devez systématiquement être transporté :

- ☐ En position assise
- ☐ En position semi-assise
- ☐ En position allongée
- ☐ Dans un véhicule aseptisé
- ☐ Aucune de ces obligations

Votre mobilité

Auriez-vous besoin d'une aide humaine pour ces déplacements ?

- ☐ Oui (conjoint, proche)
- ☐ Oui (personne qualifiée du secteur médico-social)
- ☐ Non

Quelles difficultés rencontrez-vous lors de vos déplacements (3 réponses maximum) ?

- ☐ Difficultés à la marche, fatigabilité

Temps de marche maximal :

Distance de marche maximale :

- ☐ Difficultés à se déplacer seul en fauteuil roulant
- ☐ Besoin d'aide pour s'asseoir/se lever
- ☐ Impossibilité de monter une marche haute
- ☐ Station debout pénible
- ☐ Station debout impossible
- ☐ Difficultés d'équilibre
- ☐ Cécité
- ☐ Malvoyant
- ☐ Surdité
- ☐ Difficultés d'orientation
- ☐ Trouble de la mémoire
- ☐ Difficultés à comprendre et/ou se faire comprendre
- ☐ Stress lié à la foule, au mouvement
- ☐ Autre:

Avez-vous besoin d'un matériel spécifique pour vous aider dans vos déplacements (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Fauteuil roulant manuel
- ☐ Fauteuil roulant électrique
- ☐ Scooter
- ☐ D ambul teur
- ☐ Canne / b quille
- ☐ Canne blanche (déficients visuels)
- ☐ Chien d'assistance / guide
- ☐ Assistance respiratoire
- ☐ Aide au portage de bagages

☐ Autre :.....
.....

☐ Aucun

Votre moyen de paiement

Comment souhaitez-vous régler vos réservations ?

- ☐ Prélèvement mensuel
- ☐ Règlement par chèque mensuel

Date : ... / ... / Signature :

NB : Pour les utilisateurs de fauteuils roulants concernés, penser à joindre la dispense de mise en sécurité via ceinture 3 points.

Le réseau Divia Bus et Tram



Connaissez-vous le réseau Divia Bus & Tram ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Connaissez-vous l'arrêt ou la ligne le/la plus proche de votre domicile ?

- ☐ Oui (préciser le numéro de la ligne ou le nom de l'arrêt) :

.....

- ☐ Non

Utilisez-vous le réseau Divia Bus & Tram actuellement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, l'utilisez-vous... ?

- ☐ Seul(e)
- ☐ Accompagné(e)

Si non, pourquoi n'utilisez-vous pas le réseau Divia Bus & Tram ?

- ☐ Pas de desserte à proximité (- 300m) de mon domicile ou de mon/mes lieux de destination
- ☐ Difficultés de mobilité
- ☐ Autre:

Vos données personnelles seront traitées pour répondre à votre demande, vous fournir les services auxquels vous avez souscrits et pour assurer la gestion et la performance des services de DiviaMobilités fournis par Keolis Dijon Mobilités, une filiale du Groupe Keolis. Elles permettront à Keolis Dijon Mobilités, de vous informer de ses actualités et offres susceptibles de vous intéresser, notamment adaptées à votre profil d'utilisation des services de DiviaMobilités. Vos données sont destinées à Keolis Dijon Mobilités et aux sociétés du Groupe Keolis qui les traitent, ainsi qu'à leurs prestataires situés dans ou hors de l'Union européenne. Pour plus de détail sur le traitement de vos données personnelles, nous vous invitons à consulter notre politique de confidentialité à l'adresse <https://www.divia.fr/page/politique-de-confidentialite>. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et/ou de suppression de vos données personnelles. Vous pouvez également vous opposer à leur traitement à des fins commerciales. Pour exercer vos droits, ou pour toute autre question sur le traitement de vos données personnelles, complétez le formulaire en ligne à l'adresse <https://www.divia.fr/page/nous-contacter>, écrivez à dpo-diviamobilites@keolis.com ou à Keolis Dijon Mobilités, Service Clients, 49 rue des Ateliers, CS47380 21073 Dijon Cedex.

CERTIFICAT MÉDICAL

...

Transport des personnes à mobilité réduite

Service DiviAccès

Ce certificat médical est à remplir par votre médecin traitant.

*La demande d'admission ne pourra être recevable que si le **document est complété intégralement**. Ce document est uniquement à disposition des médecins de la commission DiviAccès de Dijon Métropole.*

*Ce certificat médical doit être mis sous **enveloppe fermée** portant vos nom(s) et prénom(s) ainsi que la **mention « confidentiel médical »**.*

Identité

☐ Monsieur

☐ Madame

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu de résidence du patient (domicile, établissement ...) :

.....
.....

Diagnostic principal justifiant la demande (description détaillée)

*Préciser la date de survenue des troubles (**indispensable**)*

.....
.....
.....
.....

Troubles fonctionnels

.....
.....
.....
.....

Évolution prévisible

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stabilité | <input type="checkbox"/> Aggravation | <input type="checkbox"/> Amélioration |
| <input type="checkbox"/> Incapacité fluctuante | <input type="checkbox"/> Risque vital | <input type="checkbox"/> Non définie |

Pour « *amélioration* » ou « *incapacité fluctuante* », préciser :

.....

.....

Autres problèmes médicaux ayant une influence sur l'autonomie

.....

.....

.....

Bilan fonctionnel

Les réponses aux questions suivantes sont nécessaires pour les médecins de la commission DiviAccès afin qu'ils se prononcent sur la recevabilité de la demande.

Marche possible

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, périmètre de marche

.....

Exemple : Place Darcy > Place François Rude : 350m

L'appréciation tient compte des aides techniques habituelles

Aides techniques à la marche

- ☐ Oui
- ☐ Non

Franchissement de marches possible

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

.....

Exemple : canne simple, déambulateur...

Si oui, combien ?

.....

Exemple : 2 ou 3 marches, 1 ou 2 étages

Station debout pénible

- ☐ Oui
- ☐ Non

Troubles de l'équilibre

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si marche impossible, pourquoi ?

Usage d'un fauteuil roulant

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, à commande

- ☐ Manuelle
- ☐ Électrique

Si oui, usage

- ☐ Permanent
- ☐ Intermittent

Si intermittent, préciser :

Transfert du fauteuil

- ☐ Seul
- ☐ Avec aide

Aide extérieure indispensable

À titre de surveillance permanente

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Nécessité du soutien d'un tiers pour la marche

- ☐ Oui
- ☐ Non

Nécessité du soutien d'un tiers pour l'installation dans le véhicule

- ☐ Oui
- ☐ Non

Autres commentaires

Cachet
(Obligatoire)

Téléphone :

Date et signature du médecin

Date : __ / __ / __ __

CERTIFICAT OPHTALMOLOGIQUE

...

Transport des personnes à mobilité réduite

Service DiviAccès

Ce certificat médical est à remplir par votre ophtalmologiste.

*La demande d'admission ne pourra être recevable que si le **document est complété intégralement**. Ce document est uniquement à disposition des médecins de la commission DiviAccès de Dijon Métropole.*

*Ce certificat ophtalmologique doit être mis sous **enveloppe fermée** portant vos nom(s) et prénom(s) ainsi que la **mention « confidentiel médical »**.*

Identité

☐ Monsieur

☐ Madame

Nom :

Prénom :

Date de naissance : __ / __ / ____

Lieu de résidence du patient (domicile, établissement ...) :

.....
.....

Diagnostic principal justifiant la demande (description détaillée)

*Préciser la date de survenue des troubles (**indispensable**)*

.....
.....
.....
.....

DROIT

GAUCHE

Acuité visuelle de LOIN

(échelle de Monoyer)

avec correction

Acuité visuelle de PRÈS

(échelle de Parinaud)

avec correction

Champ visuel :

Sensibilité aux faibles contrastes :

Perspective d'évolution

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stabilité | <input type="checkbox"/> Aggravation | <input type="checkbox"/> Amélioration |
| <input type="checkbox"/> Incapacité fluctuante | <input type="checkbox"/> Risque vital | <input type="checkbox"/> Non définie |

Pour « *amélioration* » ou « *incapacité fluctuante* », préciser :

.....
.....

Bilan fonctionnel

Déplacements à l'extérieur du domicile

Seul, avec facilité, tout le temps : ☐

Seul, mais dans certaines conditions seulement : ☐ *Lesquelles :*

Avec un tiers pour certains déplacements : ☐ *Lesquels :*

Avec un tiers pour tous les déplacements : ☐

Autres commentaires

.....
.....
.....

Cachet
(Obligatoire)

Téléphone :

Date et signature du médecin

Date : __ / __ / ____