

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES 60 ANS ET PLUS

Vous avez 60 ans ou plus ? Alors vous êtes ou serez concerné.e dans quelques années par le « bien-vieillir ».

Nous avons besoin de VOUS afin de connaître vos problématiques, vos attentes et vos suggestions. Ceci, dans le but de pouvoir mettre en place diverses actions sur le territoire qui VOUS seront utiles, des services qui répondent à VOS besoins et des projets qui accompagnent VOS envies.

Ce travail s'effectue dans le cadre du Plan May'ainés / Bien Vieillir sur les Coëvrons

Vos données resteront bien-sûr confidentielles.

Déposez ensuite ce questionnaire à la mairie de votre commune.

Merci pour votre participation.

Julie INDART

jindart@coevrons.fr / 02 43 01 78 03

Pour vous, quels sont les besoins d'un sénior ? (Cochez 3 cases au maximum)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Écoute | <input type="checkbox"/> Disponibilité |
| <input type="checkbox"/> Présence à ses côtés | <input type="checkbox"/> Reconnaissance |
| <input type="checkbox"/> Protection | <input type="checkbox"/> Respect de ses choix |
| <input type="checkbox"/> Maintien de l'autonomie | <input type="checkbox"/> Autre : |

Selon vous, qu'est ce qui caractérise l'isolement d'un sénior ? (Cochez 5 cases au maximum)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ne pas avoir de famille | <input type="checkbox"/> L'isolement géographique |
| <input type="checkbox"/> Vivre seul | <input type="checkbox"/> Le manque d'activité |
| <input type="checkbox"/> La dépendance | <input type="checkbox"/> Le manque de lien social |
| <input type="checkbox"/> Le repli sur soi | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Le sentiment de solitude | |

VIE SOCIALE

Avez-vous des contacts avec des personnes de générations différentes ?

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> Rarement |
| <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Jamais |

Les relations intergénérationnelles vous semblent... ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Très importantes | <input type="checkbox"/> Sans importance |
| <input type="checkbox"/> Importantes | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Peu importantes | |

Avant la crise sanitaire, vous sentiez-vous seul.e ?

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Très souvent | <input type="checkbox"/> Rarement |
| <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> Jamais |

Depuis l'année dernière, vous sentez-vous seul.e ?

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Très souvent | <input type="checkbox"/> Rarement |
| <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> Jamais |

Vous pensez-vous isolé.e ?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui géographiquement | <input type="checkbox"/> Oui, autre: |
| <input type="checkbox"/> Oui, socialement | <input type="checkbox"/> Non |

ACCOMPAGNEMENT ADMINISTRATIF, COMMUNICATION ET NOUVELLES TECHNOLOGIES

Recevez-vous facilement les informations sur les activités et/ou les événements susceptibles de vous intéresser sur le territoire ?

- Parfaitement Un peu Pas du tout

A partir de quel.s support.s les recevez-vous ?

- Journaux reçus à domicile Affiches
 Journaux achetés personnellement Internet
 Radio Autre :

Par quel.s moyen.s souhaiteriez-vous recevoir ces informations ?

Utilisez-vous les technologies numériques ?

- Oui, une tablette Oui, autre :
 Oui, un ordinateur Non
 Oui, un téléphone portable

Disposez-vous d'Internet ?

- Oui Non

A quelle fréquence les utilisez-vous ?

- Tous les jours Tous les mois
 Toutes les semaines Rarement

Y a-t-il une formation sur les technologies numériques au sein d'une association que vous fréquentez ?

- Oui Non

Si oui, par quel organisme ?

Seriez-vous intéressé.e par une aide à l'apprentissage de ces technologies ?

- Oui Non

Quels seraient pour vous le ou les objectif.s de cet apprentissage ?

- Rechercher de l'information
- Communiquer
- Gérer une boîte mail
- Trier des photos
- Autre :

Préférez-vous des cours individuels ou collectifs ?

- Individuels
- Collectifs

Cochez les services du territoire que vous connaissez

- MSAP – Maison de Services Au Public / France Services
- CCAS – Centre Communal d'Action Sociale
- Portage de repas
- SSIAD – Service de Soins Infirmiers A Domicile
- ADMR – Aide à Domicile en Milieu Rural
- Le centre social Le Trait d'Union
- La Corne d'Abondance
- Le Nymphéa

Cochez les services du territoire que vous utilisez

- MSAP – Maison de Services Au Public
- CCAS – Centre Communal d'Action Sociale
- SSIAD – Service de Soins Infirmiers A Domicile
- ADMR – Aide à Domicile en Milieu Rural
- Le centre social Le Trait d'Union
- La Corne d'Abondance
- Le Nymphéa
- Autre :

MOBILITE ET SECURITE

Avez-vous votre permis ?

- Oui
- Non

Comment-vous déplacez-vous sur le territoire ?

- En voiture
 - Chauffeur
 - Passager
- En vélo
- A pied
- Avec le Petit Pégase
- Autre :

Connaissez-vous le réseau Pégase et son fonctionnement ?

- Oui Non

Connaissez-vous Reso'ap et son fonctionnement ?

- Oui Non

Vous déplacez-vous en train ?

- Souvent Rarement Jamais

Effectuez-vous souvent de longs trajets ?

- Oui, à l'extérieur de la ville Oui, à l'extérieur de la région
 Oui, à l'extérieur du département Non

Vous sentez-vous en sécurité sur la route ?

- Oui Non

Vous sentez-vous en sécurité en ville ?

- Oui Non

Vous sentez-vous en sécurité chez vous ?

- Oui Non

SANTE ET DIFFICULTES

Rencontrez-vous des difficultés personnelles ?

- Oui, financières Oui, pour les courses
 Oui, de mobilité Oui, administratives
 Oui, de santé Autre :
 Oui, pour le ménage

Etes-vous une personne aidée ? (conjoint, famille, aide à domicile, amis, etc)

- Oui Non

Quels facteurs vous pousseraient à ne plus vivre à domicile ?

Dépendance

Solitude

Autre:

Pourriez-vous envisager d'intégrer ce type de structure d'hébergement senior à l'avenir ?

- Colocation avec maitresse de maison (qui effectue les courses, cuisine, ménage)
- Logement/domicile partagé sans maitresse de maison (chacun effectue ses achats et ses tâches)
- Résidence autonomie
- Autre :

Bénéficiez-vous de l'APA – Aide à la Perte d'Autonomie - du conseil départemental ?

Oui

Non

Portez-vous un bracelet ou un collier alarme ?

Oui

Non

ACTIONS

Quels thèmes souhaiteriez-vous évoquer dans le cadre d'actions mises en place sur le territoire ?

- Alimentation
- Équilibre
- Mémoire
- Inter-génération
- Sensibilisation au vieillissement et à ses conséquences
- Santé
- Vie sociale
- Code de la route
- Mobilité
- Suivi administratif
- Informatique et nouvelles technologies
- Autre :

Souhaitez-vous ajouter quelque chose autour de vos besoins, souhaits ?

IDENTITE

Vous êtes :

Un homme

Une femme

Quelle est votre situation matrimoniale ?

- | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié.e | <input type="checkbox"/> Séparé.e |
| <input type="checkbox"/> En concubinage | <input type="checkbox"/> Divorcé.e | <input type="checkbox"/> Veuve / Veuf |

Sur quelle commune habitez-vous ?

Quel âge avez-vous ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entre 60 et 70 ans | <input type="checkbox"/> Entre 80 et 90 ans |
| <input type="checkbox"/> Entre 70 et 80 ans | <input type="checkbox"/> Plus de 90 ans |