

## AGIR ENSEMBLE

Vous avez plus de 60 ans ?

Contribuez à faire bouger les choses localement pour les personnes âgées.

Répondez à ce questionnaire anonyme avant le 30 mars 2020

# Charte territoriale des solidarités Pour et avec les Aînés



■ Agir pour et avec les seniors de votre territoire : Alleins, Aureille, Aurons, Charleval, Lamanon, Mallemort, Sénas et Vernègues



Les communes d'Alleins, Aureille, Aurons, Charleval, Lamanon, Mallemort, Sénas et Vernègues, aux côtés de la MSA Provence Azur, du Pôle Infos seniors, de la MAIA et de leurs partenaires (AGIRC ARCCO, Carsat, ES13, Fédération des foyers ruraux) souhaitent recueillir la parole des habitants âgés de plus de 60 ans.

Vos réponses sont attendues pour le 30 mars 2020. Celles-ci permettront d'alimenter la réflexion en cours, afin d'améliorer votre quotidien par des actions concrètes.

L'ensemble des partenaires vous remercie pour le temps consacré à remplir ce questionnaire, anonyme, que vous pourrez déposer en Mairie ou bien adresser par mail à [diederichs.julie@provence-azur.msa.fr](mailto:diederichs.julie@provence-azur.msa.fr) remplir directement en ligne sur l'adresse suivante <https://forms.gle/RRDxMEwc9tGPxckD9>



**Enquête auprès des habitants âgés de plus de 60ans, résidant sur les communes d'Alleins, Aureille, Aurons, Charleval, Lamanon, Mallemort, Sénas et Vernègues**

**Question 1 :** Quelle est votre année de naissance ? |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Question 2 :** Vous êtes  Un homme  Une femme

**Question 3 :** Quelle est votre commune de résidence ?

<input type="checkbox"/> Alleins	<input type="checkbox"/> Lamanon
<input type="checkbox"/> Aureille	<input type="checkbox"/> Mallemort
<input type="checkbox"/> Aurons	<input type="checkbox"/> Sénas
<input type="checkbox"/> Charleval	<input type="checkbox"/> Vernègues

**Question 4** Quelle est votre situation familiale :

- Marié(e), en concubinage
- Veuf(ve),
- Divorcé(e), Séparé(e) sans divorce
- Célibataire

**Question 5 :** Combien avez-vous eu d'enfants ? |\_|\_|\_|

**Question 6 :** Quelles sont vos conditions de vie actuelle ? ([plusieurs réponses sont possibles : vous pouvez par exemple cocher « je vis avec mon conjoint » et « chez mes enfants »...](#))

- Je vis seul(e)
- Je vis avec mon conjoint (marié ou pas)
- Je vis avec d'autres personnes : Indiquez qui sont ces personnes (exemple : amis, enfants, petits-enfants...) .....

**Question 7 :** Êtes-vous titulaire du permis de conduire (permis B) ?

Oui  Non

**Question 8 :** Conduisez-vous ?

- Régulièrement
- Occasionnellement
- Vous ne conduisez pas ou plus

**Question 9 :** Pensez-vous être parfois en difficulté au volant d'une voiture ? (en raison de l'évolution du code de la route, de la luminosité, de la vitesse des automobilistes, de la présence de piétons etc...)

Oui  Non



**Question 10 :** Prenez-vous les transports en commun pour vous déplacer ?

- Souvent
  Rarement
  Jamais ou cela fait très longtemps

**Question 11 :** Lorsque vous vous déplacez à pieds en centre village ou en ville, vous sentez-vous exposé aux risques piétons ? (chute, accidents...)

**Question 12 :** Votre habitation se situe-t-elle :

- En centre-bourg, au cœur du village  
 Dans un hameau  
 Sans voisin proche

Autre : précisez : .....

**Question 13 :** Quel est le type de votre logement :

- Maison individuelle  
 Appartement immeuble collectif  
 Résidence senior

**Question 14 :** Vous êtes :

- Locataire  
 Propriétaire  
 Usufruitier

**Question 15 :** Pouvez-vous accéder sans difficultés à toutes les pièces de votre logement ? (exemple : étage si vous en avez ?)

- Oui
  Non

**Question 16 :** Avez-vous aménagé des parties de votre logement ?

	Oui	Non, mais j'estime en avoir besoin	Non, car je n'en ai pas besoin	Je ne sais pas
WC adaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baignoire, douche, lavabo adaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositifs de soutien (barres d'appui, mains-courantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositifs pour ouvrir, fermer les portes, fenêtres, volets, rideaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre mobilier adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 17 :** Vous sentez-vous en difficulté pour effectuer des actes de la vie quotidienne ?

	Je n'ai pas de difficultés à effectuer cette tâche	Je ressens des difficultés à effectuer cette tâche	Je bénéficie d'aide pour effectuer cette tâche	Je ne bénéficie pas d'aide pour effectuer cette tâche, mais j'en aurai besoin
Faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparation des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien de mon logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire ma toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organiser mes déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre mes médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer mon budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 18 :** Bénéficiez-vous des services d'une aide à domicile (aide ménagère)?

Oui  Non

**Question 19 :** Etes-vous aidé régulièrement par un proche (famille, votre voisinage ou des amis)

	Tous les jours ou presque	Une ou plusieurs fois par semaine	Une ou plusieurs fois par mois	Occasionnellement	Jamais ou presque
Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voisins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 20 :** Vous-même, êtes-vous en situation d'aider un proche dans les actes de la vie courante

Oui  Non

**Question 21 :** A quelle fréquence ? :

- Tous les jours ou presque
- Une ou plusieurs fois par semaine
- Une ou plusieurs fois par mois
- Moins d'une fois par mois



**Question 22 :** Avez-vous un système de Téléalarme ? ou téléassistance (boîtier relié à une centrale, type ACELEC Alarme, Présence Verte, etc...)

Oui

Non

**Question 23 :** Utilisez-vous ou avez-vous eu l'occasion d'utiliser un service de portage de repas à domicile ou de déjeuner au foyer restaurant ?

Oui

Non

**Question 24 :** Envisagez-vous de changer de logement?

Oui

Non

Si oui, quelle est la raison principale ?

Pour des raisons de santé

Rapprochement familial

Logement trop grand et trop cher à l'entretien

Logement inadapté à mon état de santé actuel

Souhait d'intégrer une résidence senior

autre

Précisez : .....

**Question 25 :** Vous tenez-vous au courant de l'actualité de votre commune ?

Oui

Non

Par quels moyens (journal municipal, internet, réseaux sociaux...) : .....

**Question 26 :** Quelle(s) activité(s) sportive(s) ou culturelles pratiquez-vous ou vous intéresserai(ent) ?

	Je pratique cette activité au moins une fois par semaine	Je pratique cette activité au moins une fois par mois	Je pratique cette activité rarement, par occasion	Cette activité pourrait m'intéresser	Cette activité ne m'intéresse pas
Pêche, chasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnastique, yoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche, Promenade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vélo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pétanque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peinture, dessin, activités manuelles (tricot, couture...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jardinage, bricolage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Musique, chorale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loto, tiercé, jeux de carte ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visites de musées, Monuments ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinéma, théâtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Question 27 :** Faites-vous des voyages ou excursions ?

- Souvent (Plusieurs fois par an)
  - Rarement (Une fois par an ou moins)
  - Jamais ou cela fait très longtemps
- Vous partez seul, en famille, entre amis
  - Vous partez en groupe
  - Vous n'êtes pas intéressé(e)
  - Vous avez du mal à organiser, planifier
  - Vous ne souhaitez pas partir seul(e)
  - Vous ne pouvez pas (raisons de santé, financières...)

**Question 28 :** Êtes-vous membre d'un club ou d'une association? (ES13, club du 3ème âge, association âge d'or, association les quatre saisons, et foyer rural, anciens combattants, ancienne promotion, clubs sportifs, chasse, pêche, pétanque, associations culturelle, artistique, groupes religieux, paroisse, comités des fêtes ou de jumelage...)

- Oui
- Non

Si oui, précisez : .....

**Question 29 :** Participez-vous aux manifestations de votre commune ou des communes voisines (Repas des anciens, repas de Noël, fêtes estivales, manifestations culturelles ?

- Souvent
- Rarement
- Jamais ou cela fait très longtemps

Précisez la raison : .....

**Question 30 :** Vous sentez vous seul(e) ?

- Oui
- Non

**Question 31 :** Avez-vous des besoins qui ne seraient pas couverts sur le territoire (santé, lien social...) réponse libre :

.....

.....

.....

.....

.....

**Merci pour votre participation**