

# ENQUÊTE : BIEN VIEILLIR, BIEN CHOISIR



**Vous avez plus de 60 ans et vous habitez le territoire d'Annonay Rhône Agglo ? Ce questionnaire vous concerne !** Logement, transport, vie quotidienne, activités, santé : nous souhaitons mieux vous connaître pour mieux vous accompagner.

**Ce questionnaire est anonyme. Vous souhaitez être contacté ?** Indiquez ci-dessous :

Nom : ..... Prénom : ..... N° de téléphone : .....

Adresse : .....

## VOTRE SITUATION

<b>Votre tranche d'âge</b>	<input type="checkbox"/> 60-70	<input type="checkbox"/> 71-80	<input type="checkbox"/> 81-90	<input type="checkbox"/> + de 90
<b>Vous êtes</b>	<input type="checkbox"/> Une femme		<input type="checkbox"/> Un homme	
<b>Vous vivez</b>	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> En famille	<input type="checkbox"/> En couple	
<b>Vous êtes</b>	<input type="checkbox"/> Retraité(e)		<input type="checkbox"/> En activité	

## VOTRE LOGEMENT

<b>Type</b>	<input type="checkbox"/> Maison individuelle	<input type="checkbox"/> Appartement	<input type="checkbox"/> Résidence autonomie	
<b>Nombre de pièces</b>	..... pièces			
<b>Environnement</b>	<input type="checkbox"/> Centre-ville/bourg	<input type="checkbox"/> Périphérie/Hameau	<input type="checkbox"/> Isolé	
<b>Avez-vous des commerces à proximité ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
<b>Votre logement présente-t-il des difficultés ?</b>	<input type="checkbox"/> Chauffage	<input type="checkbox"/> Escaliers	<input type="checkbox"/> Salle de bain	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) .....
<b>Connaissez-vous les aides disponibles pour améliorer votre logement ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

## AUTONOMIE ET SERVICE

<b>Avez-vous recours à des services à domicile ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui						<input type="checkbox"/> Non	
<b>Lesquels ?</b>	<input type="checkbox"/> Ménage	<input type="checkbox"/> Courses	<input type="checkbox"/> Portage de repas	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Habillage	<input type="checkbox"/> Soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) .....	
<b>De quels services souhaiteriez-vous bénéficier ?</b>	<input type="checkbox"/> Ménage	<input type="checkbox"/> Courses	<input type="checkbox"/> Portage de repas	<input type="checkbox"/> Toilette	<input type="checkbox"/> Habillage	<input type="checkbox"/> Soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) .....	

## MOBILITÉ ET TRANSPORTS

<b>Avez-vous des difficultés à vous déplacer ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
<b>Quels moyens de transports utilisez-vous ?</b>	<input type="checkbox"/> Véhicule personnel	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Covoiturage	<input type="checkbox"/> Famille ou aidant
	<input type="checkbox"/> Transport en commun	<input type="checkbox"/> Transport à la demande	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) .....	
<b>Les moyens de transport d'Annonay Rhône Agglo répondent-ils à vos besoins ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

## VIE SOCIALE

<b>Pratiquez-vous des loisirs ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
<b>Où et comment les pratiquez-vous ?</b>	<input type="checkbox"/> À votre domicile	<input type="checkbox"/> À l'extérieur	<input type="checkbox"/> En groupe	<input type="checkbox"/> Individuellement
<b>Faites-vous partie d'une ou plusieurs associations ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
<b>Vous sentez-vous seul(e) ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
<b>Avez-vous des visites régulières à votre domicile ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
<b>À quelle fréquence ?</b>	<input type="checkbox"/> Journalière	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Occasionnelle
<b>En cas de problème, avez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez compter ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

## EN CAS DE DIMINUTION DE VOTRE AUTONOMIE, COMMENT ENVISAGEZ-VOUS VOTRE AVENIR ?

<b>Dans votre domicile actuel</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>En adaptant votre domicile actuel</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>En changeant pour un domicile plus adapté et sécurisé</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>En emménageant dans une résidence pour séniors</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>En vous installant chez des membres de votre famille</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>J'aimerais être informé(e) sur les possibilités d'hébergement</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non