



## I. VOTRE SITUATION

### INFORMATIONS GENERALES

---

#### Etes-vous ?

- Un homme  Une femme

#### Quel est votre âge ?

- Moins de 16 ans  De 56 à 60 ans  
 De 16 à 25 ans  Plus de 60 ans  
 De 26 à 55 ans

#### Vivez-vous ?

- Seul(e)  En couple  En famille

#### Quelle est votre situation matrimoniale ?

- Marié(e)  Divorcé(e)  
 Veuf (ve)  En union libre  
 Célibataire  Pacsé  
 Ne souhaite pas répondre

#### Avez-vous des enfants ?

- OUI  NON

Nombre d'enfants: .....

### QUALIFICATION - EMPLOI

---

#### Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- Agriculteur  Profession libérale  
 Artisan, commerçant, chef d'entreprise  Mère au foyer  
 Employé  Elève ou étudiant  
 Ouvrier  Sans activité professionnelle  
 Cadre  Ne souhaite pas répondre

#### Quel est votre niveau de qualification ?

- Aucun diplôme  Baccalauréat  
 Certificat d'étude  Diplôme de niveau supérieur  
 Brevet élémentaire  Ne souhaite pas répondre

### REVENUS

---

#### Dans quelles tranches de revenus mensuels vous situez-vous ?

- De 0 à 500 €  De 1701 à 1900 €  
 De 501 à 1000 €  De 1901 à 2100 €  
 De 1001 à 1200 €  Plus de 2100€  
 De 1201 à 1500 €  Ne souhaite pas répondre  
 De 1501 à 1700€



Maintien à domicile : possibilité pour les personnes âgées dépendantes de continuer à vivre chez elle par la mise en place d'aide pour accomplir certaines tâches de la vie courante.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (ex : foyer logement)

Maison de retraite : hébergement collectif avec prise en charge du résident et services collectifs assurés : ménage, repassage, linge, encadrement médical.

Foyers logements : formule intermédiaire entre le domicile et la maison de retraite permettant une indépendance de vie. Certains services collectifs facturés en suppléments sont parfois proposés : restauration, blanchisserie, sécurité,...

Autres (à préciser, par exemple : aménagement du logement actuel)

.....  
.....  
Auriez-vous besoin de conseils techniques sous le cadre de l'aménagement de votre logement ?

OUI

NON

### **BIEN VIVRE DANS LA VILLE**

---

Fait-il bon vivre à Prunelli ?

OUI

Pourquoi ?

.....  
.....

NON :

Pourquoi ?

.....  
.....

Comment qualifiez-vous la qualité de vie de la ville ?

Excellente

très bonne

bonne

moyenne

pas bonne

mauvaise

## **III. ENVIRONNEMENT SOCIAL ET URBAIN**

### **CULTURE ET LOISIRS**

---

Participez-vous à des actions de bénévolat sur la ville ?

OUI

Lesquelles ?

.....

NON

Pour quelle(s) raison(s) ?

.....

Souhaiteriez-vous voir des animations se développer à Prunelli ?

OUI

Précisez :

.....  
.....

NON

Pourquoi ?

.....  
.....

Etes-vous adhérent(e) à une association ?

OUI

Si oui, précisez :

.....

NON

Si non, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problème de santé  | <input type="checkbox"/> Ne correspond pas à vos attentes |
| <input type="checkbox"/> Accès difficile    | <input type="checkbox"/> Trop cher                        |
| <input type="checkbox"/> Horaires inadaptés | <input type="checkbox"/> Autres, à préciser :             |
- .....

## IV. LES DEPLACEMENTS

### SORTIES

---

Sortie du domicile :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Au quotidien      | <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> Occasionnellement | <input type="checkbox"/> Jamais                 |

### MOYENS DE LOCOMOTION

---

Quel moyen de locomotion empruntez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Véhicule personnel                              | <input type="checkbox"/> Marche               |
| <input type="checkbox"/> Vélo  | <input type="checkbox"/> Autres, à préciser : |
| <input type="checkbox"/> Aide extérieure payante (taxi, aide à domicile) | .....   |

Avez-vous une voiture ?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

Si oui, l'utilisez-vous régulièrement ?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|

### DIFFICULTES

---

Rencontrez-vous des difficultés pour vos déplacements de la vie quotidienne ? (Plusieurs réponses possibles)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aller chez les généralistes ou le spécialiste                  | <input type="checkbox"/> Aller chez des amis                |
| <input type="checkbox"/> Accomplir des démarches administratives                        | <input type="checkbox"/> Accéder aux commerces de proximité |
| <input type="checkbox"/> Se rendre à une activité de loisirs ou une activité culturelle | <input type="checkbox"/> Pas de difficulté particulière     |
|   | <input type="checkbox"/> Autres, à préciser                 |

Pouvez-vous préciser la nature de ces difficultés ?

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

Quel(s) type(s) de moyen(s) pour vos déplacements souhaiteriez-vous que le CCAS mette en place ?

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

## V. MAINTIEN A DOMICILE-PRESTATION A DOMICILE

### ACTIVITES QUOTIDIENNES

---

Rencontrez-vous des difficultés pour faire ?

- |                                     |                                      |   |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> La cuisine | <input type="checkbox"/> Les courses | <input type="checkbox"/> Les tâches ménagères |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|

- La lessive
- Le repassage
- L'entretien du jardin
- Autres
- Pas de difficulté

Si vous êtes aidé(e), par qui ? (Plusieurs réponses possibles)

- Conjoint
  - Enfants
  - Famille
  - Voisins/Relations
  - Services de la ville
  - Association
  - Aide extérieure payante (aide à domicile, taxi,...)
  - Autres, à préciser
- .....

## ACTES DE LA VIE COURANTE

---

Rencontrez-vous des difficultés pour les actes de la vie courante suivants ? (Plusieurs réponses possibles)

- Se lever
- Se laver
- S'habiller
- Manger
- Se coucher
- Pas de difficulté

Si vous êtes aidé(e), par qui ? (Plusieurs réponses possibles)

- Conjoint
  - Enfants
  - Famille
  - Voisins/Relations
  - Services municipaux
  - Association, si oui laquelle
  - Aide extérieure payante (taxi, aide à domicile)
  - Autres, à préciser
- .....

## SERVICES

---

Aujourd'hui, de quels services bénéficiez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- Aide à domicile
  - Soins infirmiers à domicile
  - Portage des repas
  - Autre(s) service(s)
  - Télé assistance
  - Hospitalisation à domicile
  - Entretien du jardin
- .....
- .....

Ces services sont-ils suffisants pour répondre à vos besoins ?

- OUI
- NON

Si non, quel type d'aide souhaiteriez-vous que le CCAS mette en place ?

.....

.....

.....

## VI. VOS SUGGESTIONS

Nous sommes à l'écoute de toutes vos suggestions ou remarques particulières :

.....

.....

.....

.....

**Nous vous remercions pour le temps consacré à la réponse de ce questionnaire.  
Nous vous prions de bien vouloir le retourner à la mairie avant le 9 juillet 2010.**