Une image contenant texte, oiseau, clipart, illustration

Description générée automatiquement

**QUESTIONNAIRE SENIORS**

Recueil des besoins, attentes et envies

Chères habitantes, chers habitants,

Le Centre Communal d’Action Sociale (CCAS) souhaite organiser une enquête afin de mieux connaitre les séniors Saint-Germinois et d’améliorer leur qualité de vie. Un questionnaire a donc été élaboré à votre attention pour recenser, de façon globale, vos attentes, vos besoins et vos envies.

Nous vous remercions de bien vouloir consacrer quelques minutes pour **le compléter et le retourner avant le 25 mai 2024**, dans la boîte aux lettres de la mairie, à l'accueil de la mairie ou par mail ([social@sgmo.org](mailto:social@sgmo.org) : Fanny DOUCET).

Cette enquête est anonyme et est réservée aux habitants de la commune de Saint-Germain-au-Mont-d’Or. Elle permettra de réaliser un état des lieux des besoins des séniors de la commune, et ainsi d’adapter l’offre de services proposée.

Pour toutes questions complémentaires, vous pouvez joindre Fanny DOUCET au 07 82 20 64 54 ou lui adresser un mail : [social@sgmo.org](mailto:social@sgmo.org).

La synthèse des informations recueillies vous sera communiquée dans un prochain Petit Potin.

**Béatrice DELORME,** **Stéphanie FAURE,**Maire de Saint-Germain-au-Mont-d’Or **Valérie PERARDEL,**  
 Elues aux Solidarités et aux liens intergénérationnels

**SITUATION GENERALE – PROFIL**

**Quel âge avez-vous ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Entre 60 et 65 ans * Entre 66 et 70 ans * Entre 71 et 75 ans | * Entre 76 et 80 ans * 81 ans et plus |

**Etes-vous :**

* Un homme
* Une femme

**Vivez-vous :**

|  |  |
| --- | --- |
| * Seul(e) * En couple | * Autres : ………………………………………………… |

**Etes-vous :**

|  |  |
| --- | --- |
| * Retraité(e) * En activité (à temps complet ou à temps partiel) | * Autres : ………………………………………………… |

**Depuis combien de temps habitez-vous à Saint-Germain-au-Mont-d’Or ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Moins de 6 mois * Moins de deux ans * Entre 2 et 4 ans * Entre 5 et 9 ans | * Entre 10 et 19 ans * Entre 20 et 29 ans * 30 ans et plus |

**LOGEMENT ET CADRE DE VIE**

**Etes-vous :**

|  |  |
| --- | --- |
| * Locataire | * Du parc social * Du parc privé |
| * Propriétaire |  |

**Pourquoi avez-vous choisi de vivre à Saint-Germain-au-Mont-d’Or ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Qualité de vie * Services et commerces * Offre de soins | * Proximité de Lyon * Proximité de votre famille * Autre(s) : ……………………………………….. |

**De quel(s) service(s) inexistant(s) auriez-vous besoin dans la commune ? (Merci de préciser le type exact de service)**

|  |  |
| --- | --- |
| * Professionnels/établissements de santé : | ……………………………………………………………………………………… |
| * Services tertiaires : | ……………………………………………………………………………………… |
| * Commerces alimentaires : | ……………………………………………………………………………………… |
| * Transports : | ……………………………………………………………………………………… |
| * Autres : | ……………………………………………………………………………………… |
|  |  |

**AUTONOMIE**

**Rencontrez-vous des difficultés dans votre quotidien ?**

* Oui
* Non

**Si oui, de quel(s) type(s) de difficultés s’agit-il ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Déplacements * Toilette/habillage * Préparation/prise des repas * Entretien du domicile | * Entretien des espaces extérieurs * Achats alimentaires/autres achats * Accès aux soins * Autres :………………………………………………… |

**De quel(s) type(s) d’aide auriez-vous besoin ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Entretien du logement/du linge (ménage, repassage, etc.) * Courses * Portage de repas * Entretien de jardin | * Toilette corporelle * Habillage * Soins médicaux à domicile * Autres :………………………………………………… |

**Bénéficiez-vous d’un ou plusieurs services d'aide à domicile ?**

* Oui
* Non

**Si oui, lesquels ?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Si non, pourquoi ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Je ne sais pas où m’adresser. * Je ne connais pas les dispositifs d’aide. * Autres : …………………………………………………………… | * Je rencontre des difficultés financières qui ne me permettent pas d’y accéder. * Je ne veux pas faire appel à un service d’aide à domicile. |

**VIE SOCIALE**

**Vous arrive-t-il de vous sentir seul(e) ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Oui, souvent * Oui, de temps en temps | * Rarement * Non, jamais |

**Aimeriez-vous recevoir plus de visites, régulières ou ponctuelles ?**

* Oui
* Non

**Si oui, par qui souhaiteriez-vous être visité ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Ma famille * Mes amis | * D’autres séniors Saint-Germinois * Des professionnels * Autres : ………………………………. |

**Pratiquez-vous des activités sur la commune ?**

* Oui
* Non

**Si oui, lesquelles ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Activités physiques * Jeux de société * Bénévolat caritatif * Jardinage | * Activités manuelles * Lecture/écriture (bibliothèque, etc.) * Atelier de prévention (mémoire, etc.) * Autres : …………………………………………………………….. |

**Si non, pourquoi ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Je n’ai pas le temps * J’ai des difficultés pour me déplacer * Les activités ne correspondent pas à mes envies/besoins | * Les montants des participations financières demandées sont trop élevés * Je ne connais pas les activités proposées/Je manque d’informations précises * Autres : …………………………………………………………….. |

**Comment évaluez-vous l’offre de loisirs/culturelle à Saint-Germain-au-Mont-d’Or ?** Sur une échelle de 1 (insuffisant) à 10 (excellent).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Pratiquez-vous des activités hors de la commune ?**

* Oui
* Non

**Si oui, lesquelles ? Et où ?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Avez-vous des idées pour améliorer l’offre de services ou d’animations à votre destination ?**

* Oui
* Non

**Si oui, lesquelles ?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Quel(s) objectif(s) donnez-vous à la pratique d’une activité ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Rencontrer du monde/lutter contre l’isolement * Apprendre quelque chose de nouveau | * Partager mes loisirs/compétences * Conserver/maintenir mon autonomie * Autres : …………………………………………………………….. |

**Par quel(s) type(s) d’activité(s) seriez-vous intéressé(e) ? Quels sont vos centres d’intérêt ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Activités sportives | * Danse * Sophrologie * Yoga * Activité physique adaptée | * Randonnée * Gym * Sports collectifs * Autres : ………………. |
| * Activités culturelles | * Théâtre * Musique * Cinéma | * Photographie * Lecture/écriture * Autres : ………………. |
| * Activités manuelles | * Bricolage * Couture/tricot * Poterie | * Dessin/peinture * Cuisine * Autres : ………………. |
| * Activités en lien avec la nature | * Jardinage * Pêche | * Chasse * Balades * Autres : ………………. |
| * Activités ludiques | * Jeux de société * Jeux de cartes | * Pétanque * Autres jeux : ………. |
| * Activités numériques | * Outils numériques | * Autres : ………………. |
|  |  |  |
| * Moments conviviaux de discussion (autour d’un café, etc.) |  |  |

**Quel(s) créneau(x) de disponibilité avez-vous/préférez-vous ?** Cocher la(les) case(s) correspondante(s).

|  |  |
| --- | --- |
| * Matin * Après-midi * Soirée | * Jours de semaine * Week-end |

**Souhaiteriez-vous participer au Conseil des Séniors ?** *Le Conseil des Séniors est une instance de travail, d’échange, d’écoute et de production. Il donne la possibilité en tant que représentant des séniors Saint-Germinois de partager ses idées lors de moments conviviaux. Il se réunit tous les trimestres.*

* Oui
* Non

**Avez-vous une passion/des compétences que vous aimeriez partager à d’autres séniors/d’autres habitants de Saint-Germain (connaissances autour d’un sujet, loisirs créatifs, bricolage, activité physique, etc.) ?**

* Oui
* Non

**Si oui, laquelle (lesquelles) ?** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Comment envisageriez-vous ce partage de compétences/connaissances/loisirs ? Comment pourriez-vous/voudriez-vous vous engager ?**

|  |  |
| --- | --- |
| *A quelle fréquence ?*   * Régulièrement * Ponctuellement | *Sous quelle forme ?*   * Ateliers * Conférences * Autres : …………………………………………………………….. |

**Souhaitez-vous être recontacté par le CCAS pour l’organisation d’un temps de partage (atelier, conférence, etc.) ?** Si oui, merci d’indiquer vos coordonnées à la fin du questionnaire.

* Oui
* Non

**Quels sont les moyens d’information que vous utilisez pour vous tenir informé de la vie à Saint-Germain ?**

**COMMUNICATION**

|  |  |
| --- | --- |
| * Site internet * Petit Potin * Journaux | * Affichage public municipal * Panneaux Lumineux * Autres : …………………………………………………………….. |

**Possédez-vous un équipement informatique ?**

* Oui
* Non

**Si oui, quel(s) équipement(s) ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Un ordinateur * Une tablette | * Un smartphone * Autres : …………………………………………………………….. |

**Auriez-vous besoin d’aide dans l’utilisation de ces outils ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Non, je suis autonome dans l’utilisation de l’informatique. * Oui, pour répondre ponctuellement à un problème spécifique. | * Oui, pour me perfectionner. * Oui, pour m’initier à certaines démarches administratives. * Autres : …………………………………………………………….. |

**TRANSPORTS ET DEPLACEMENTS**

**Quel(s) moyen(s) de transport utilisez-vous le plus souvent ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Voiture * Vélo * Marche à pied | * Covoiturage * Bus * Autre : ……………………………………………………………… |

**Avez-vous des difficultés à vous déplacer ?**

* Oui
* Non

**Si oui, lesquelles ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Absence de permis de conduire * Absence de moyen de locomotion * Besoin d’un équipement/d’une aide pour les déplacements (canne, fauteuil, déambulateur, etc.) | * Coût du transport * Problèmes de santé |

**Si oui, pour quel(s) type(s) de déplacements ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Rendez-vous médicaux * Courses | * Loisirs et rencontres avec des proches * Autres : …………………………………………………………….. |

**Avez-vous déjà utilisé le service de la navette du CCAS (tous les jeudis matins) ?**

* Oui
* Non

**Si non, pourquoi ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Je n’ai pas connaissance de ce service. * Elle ne passe pas aux bons horaires. * Elle ne dessert pas les endroits que je fréquente. | * La démarche d’inscription n’est pas accessible. * Autres : …………………………………………………………….. |

**Merci pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire !**

**A retourner pour le 25 mai 2024 au CCAS de Saint-Germain-au-Mont-d’Or (dans la boite aux lettres, à l’accueil ou par mail :** [**social@sgmo.org**](mailto:social@sgmo.org)**).**

Si vous souhaitez partager ce questionnaire sans anonymat, vous pouvez renseigner vos coordonnées afin que nous puissions vous contacter. Cela nous permettra de vous solliciter pour l’organisation de temps de partage et de vous informer des nouvelles activités à Saint-Germain-au-Mont-d’Or. Nous vous remercions pour votre mobilisation.

**Nom Prénom :**

**Numéro de téléphone :**

**Adresse** :