



QUESTIONNAIRE CONCERNANT VOS BESOINS

*La Ville de Fresnes lance une consultation pour mieux identifier vos attentes et vos besoins en matière de services de proximité.
Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce questionnaire anonyme.*

- Vous êtes : ☐ une femme ☐ un homme
- Vous avez : ☐ entre 60 et 75 ans ☐ entre 75 et 85 ans ☐ plus de 85 ans
- Situation familiale : ☐ en couple ☐ divorcé(e)/séparé(e)/veuf(ve)

1. Votre autonomie

Vous considérez vous comme une « personne autonome » ?

- ☐ Complètement ☐ Partiellement ☐ Non

Si vous n'êtes pas complètement autonome, bénéficiez-vous du soutien d'un intervenant ?

- ☐ Proche/enfant/membre de la famille ☐ Mairie/association/entreprise extérieure

A quel rythme bénéficiez-vous de ce soutien ?

- ☐ Tous les jours ☐ Une fois par semaine ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Occasionnellement

Quelle est la nature de ce soutien ?

- ☐ Aide pour les actes de la vie quotidienne ☐ Aide pour les courses
- ☐ Aide pour les démarches administratives ☐ Aide pour les loisirs/vacances

Si non, de quel soutien avez/auriez-vous besoin ?

- ☐ Aide-ménagère ☐ Aide pour les actes du quotidien (toilette, cuisine) ☐ Autre, précisez :
-

Avez-vous besoin d'aide matérielle au quotidien ? (canne, béquille, déambulateur, fauteuil...)

- ☐ Oui ☐ Non

Disposez-vous d'un outil de téléassistance ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, s'agit-il de l'offre proposée par le C.C.A.S de Fresnes ?

- ☐ Oui ☐ Non



2. Votre santé

Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou à caractère durable ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Si oui, précisez :

.....

Êtes-vous tombé(e) au cours des 12 derniers mois ?

☐ Oui ☐ Non

☐ Si oui, cette chute a-t-elle eu des conséquences sur votre santé :

.....
.....

Avez-vous ressenti une détérioration de votre mémoire dans les 6 derniers mois ?

☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous satisfait(e) de l'offre de santé et de prévention disponibles à proximité (médecins, pharmacies, hôpitaux, vaccination, bilans de santé, conseils nutritionnels...) ?

☐ Très satisfait(e) ☐ Satisfait(e) ☐ Insatisfait(e) ☐ Très insatisfait(e)

Avez-vous un médecin traitant ?

☐ Oui ☐ Non

Rencontrez-vous des difficultés à avoir un rendez-vous chez un professionnel de santé ?

☐ Oui ☐ Non

☐ Si oui, quel type de professionnel ?

.....

Êtes-vous informé(e) de l'existence d'une consultation de gériatrie proposée au sein du Centre Municipal de Santé ?

☐ Oui ☐ Non

3. Votre vie sociale

Participez-vous aux activités et services proposés par la commune, et / ou par le CCAS ?

☐ Régulièrement ☐ De temps en temps ☐ Pas du tout

Si oui, pouvez-vous nous dire lesquelles ?

.....
.....

Si vous ne participez pas aux activités, pour quelle(s) raison(s) ?

☐ Pas intéressé(e) ☐ Trop cher
☐ Trop loin / trop compliqué ☐ Je ne suis pas au courant



Pensez-vous que la mairie offre assez d'initiatives pour inciter à une pratique régulière d'exercice physique

- ☐ Oui ☐ Non

Si non, quels types d'activités souhaitez-vous voir proposées ?

.....
.....

Si vous participez aux activités, quels sont vos critères de satisfaction ?

- ☐ Cela répond à mes envies ☐ Cela me fait sortir de chez moi ☐ C'est abordable
☐ C'est de bonne qualité ☐ Je rencontre d'autres personnes

Si non pour quelles raisons ?

.....
.....

Comment souhaiteriez-vous être informé(e) des activités / animations au sein de la ville ?

- ☐ Dans le journal de la ville ☐ Sur le site internet de la ville ☐ A l'accueil du CCAS
☐ Sur l'application de la ville ☐ Sur la page Facebook de la ville ☐ Au Foyer Emile Roux
☐ Envoi par mail

Souhaitez-vous vous inscrire au fichier des seniors de la ville pour recevoir les informations sur les prestations et animations du C.C.A.S. ?

- ☐ Oui ☐ Non

Connaissez-vous le « Guide des Seniors » établi par le C.C.A.S. ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si vous ne quittez pas la ville/ne partez pas en vacances ou week-end, pour quelle(s) raison(s) ?

- ☐ Il n'y a pas d'occasion/je ne connais personne qui puisse m'accueillir ☐ C'est trop cher
☐ Trop compliqué, je ne me sens pas capable ☐ Autre :

Connaissez-vous les clubs de Seniors de la Ville (Club de l'amitié, club Soleil d'Automne) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, participez-vous à leurs :

- ☐ Activités ☐ Repas ☐ Séjours

Si vous ne participez pas, pour quelles raisons ?

- ☐ Aucune offre ne correspond à mes envies ☐ C'est trop cher
☐ Je ne les connais pas ☐ Je n'ai pas le temps

Seriez-vous intéressé(e) pour connaître ces deux clubs ?

- ☐ Oui ☐ Non

4. Votre mobilité

Quels moyens de transport utilisez-vous pour vous déplacer au sein de la ville ?

- ☐ Je marche ☐ Je prends l'autobus ☐ Je prends la valouette
☐ J'utilise mon véhicule personnel ☐ Je bénéficie du véhicule de proches (famille et/ou amis)

Estimez-vous que l'offre de transports est adaptée à vos besoins ?

- ☐ Parfaitement ☐ Partiellement ☐ Non

Si non, merci de préciser quels sont les motifs de votre insatisfaction :

- ☐ Réseau de bus insuffisant ou inadapté ☐ Difficultés de mobilité ☐ Horaires/temps d'attente inadaptés
☐ Difficulté à utiliser les autobus (seuil trop haut pour monter, inconfort, conduite brutale...) ☐ Autres :

Souhaiteriez-vous la mise en place d'un service de transport à la demande ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pour quel type de déplacement ?

- ☐ Démarches médicales ☐ Démarches administratives ☐ Courses à l'intérieur de la commune
☐ Courses en dehors de la commune : ☐ Autres :
.....

A quel rythme souhaiteriez-vous que ce service soit proposé ?

- ☐ Tous les jours ☐ Une fois par semaine ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Occasionnellement

Nous vous remercions pour votre participation !

Vos réponses nous aideront à mieux répondre à vos besoins et à améliorer votre qualité de vie.

Pour répondre au formulaire en ligne :

