

Un projet d'habitat social adapté pour les séniors



La commune d'Ercé-près-Liffré souhaite développer un projet d'habitat social pour les séniors. Ayant à cœur de concevoir ce projet avec vous, nous avons besoin de recueillir vos besoins et attentes. Aussi, nous vous remercions de bien vouloir prendre un peu de votre temps pour remplir ce questionnaire.

Ce questionnaire est anonyme. Cependant si vous souhaitez être recontacté, merci de bien vouloir remplir vos coordonnées à la fin du document.

Merci de bien vouloir déposer ce questionnaire à l'accueil ou dans la boîte aux lettres de la Mairie avant le 29 avril 2022

Question 1 : Tout d'abord, quelques questions pour connaître votre situation actuelle :

Vous êtes : Propriétaire Locataire

Vous vivez :

Centre bourg (5 min à pied des commerces)

Lotissement (10 min à pied des commerces)

Campagne

Maison

Appartement

Avec un terrain

Sans un terrain

Seul(e)

En couple

En famille

Combien de chambres avez-vous dans votre logement ?

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

moins de 59 ans

Entre 60-69 ans

Entre 70-79 ans

80 ans et plus

Question 2 : Estimez-vous que votre logement est adapté pour une personne qui avance en âge ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Question 3 : Envisagez-vous ou avez-vous aménagé votre domicile pour mieux répondre à vos besoins d'adaptation ?

Oui

Si oui, s'agit-il de travaux pour :

Améliorer des équipements
(transformation de la baignoire en douche...)

Embellir votre logement (tapiserie, sol, ...)

Améliorer votre confort thermique

Autre (préciser ...)

Non

Si non, avez-vous l'intention de faire des travaux pour adapter votre logement ? :

Oui

Non, ce n'est pas utile

Non, je n'ai pas les ressources financières

Peut-être

Question 4 : A / Avec l'avancée en âge, avez-vous déjà aménagé votre domicile ?

Oui

Non

B / Si NON, Quels aménagements envisagez-vous ?

C / Qu'est-ce qui pourrait vous obliger à quitter votre logement ?

- Votre logement actuel n'est pas adapté (marches, chambres à l'étage, salle de bain inadaptée...) aux conditions physiques d'une personne âgée
- Vous ne disposez pas de commerces, services, activités à proximité
- Vous êtes trop éloigné(e) de votre famille, de vos proches
- Votre logement actuel est trop grand
- Les coûts d'entretien sont trop élevés (rénovation, jardin, assainissement, etc)
- Vous êtes isolé(e) et/ou ne vous sentez pas en sécurité dans votre logement actuel
- Autre
(précisez ...) _____

Question 5 : Selon vous, quelles sont les 3 qualités indispensables d'un habitat pour personnes âgées ?

(Merci de cocher 3 réponses ...)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accessibilité (ascenseur, plain-pied, ...) | <input type="checkbox"/> Acceptation et soutien du voisinage |
| <input type="checkbox"/> Nécessité d'assez peu de travaux d'entretien ou de réparation | <input type="checkbox"/> Proximité de commerces et de services |
| <input type="checkbox"/> Superficie réduite (pas de pièces superflues) | <input type="checkbox"/> Être près des siens |
| <input type="checkbox"/> Se sentir en sécurité | <input type="checkbox"/> Avoir des animations |
| <input type="checkbox"/> Possibilité de chauffer convenablement son logement sans frais excessive | <input type="checkbox"/> Pouvoir bénéficier d'un jardin |

Question 6 : Envisagez-vous de changer de logement dans les années à venir ?

- Oui et si oui : dans les 5 ans à venir dans les 10 ans à venir Non Je ne sais pas

Question 7 : Si vous deviez changer de logement, et que la commune mettait en place des logements adaptés aux seniors dans le bourg, quelle localisation choisiriez-vous ?

- Ercé-près-Liffré Une autre commune : _____

Question 8 : Etes-vous inscrit(e) dans une structure d'accueil ?

- Oui si oui, précisez le type: Non
- résidence autonomie
 - résidence services
 - EHPAD (ou maison de retraite)
 - autre (précisez) _____

Question 9 : Lorsque vous en ressentirez le besoin, vers quel type de logement vous orienteriez-vous ?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Un appartement dans un collectif | <input type="checkbox"/> 1 chambre |
| <input type="checkbox"/> Une maison individuelle | <input type="checkbox"/> 2 chambres |
| <input type="checkbox"/> Un EHPAD - maison de retraite | |

Question 10 : Seriez-vous intéressé par l'un ou plusieurs de ces services :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Du portage des repas à domicile | <input type="checkbox"/> d'un service infirmier à domicile |
| <input type="checkbox"/> d'un service d'aides ménagères | <input type="checkbox"/> de la téléassistance (alarme personnelle/détecteur de chute) |
| <input type="checkbox"/> d'un service d'aide aux courses | <input type="checkbox"/> des animations collectives |
| <input type="checkbox"/> coiffeur à domicile | <input type="checkbox"/> autres
(précisez) _____ |

Vie quotidienne

Question 11 : À ce jour, avez-vous une voiture ?

Oui Non

Question 12 : Etes-vous autonome pour vous déplacer ?

Oui Non

Question 13 : Quel est votre mode de déplacement ?

Vélo Transport à la demande
 Voiture Ambulance-taxi
 Voiture avec entourage Bus
 À pied autre (précisez) _____

Question 14 : En fonction des activités ci-dessous, à quelle fréquence vous déplacez-vous ?

	Tous les jours	1 fois par semaine	Tous les 15 jours	1 fois par mois	1 fois par trimestre	1 fois par an	jamais
Courses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmacie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rendez-vous médicaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Démarches administratives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coiffeur, bien-être	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sortie culturelle, médiathèque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Activité sportive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promenade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sortir, voir des amis/famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voyage, vacances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Engagement associatif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre (précisez)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question 15 : Etes-vous autonome dans vos démarches de santé ? (prise de rendez-vous, déplacement...)

Oui Non *si non, à qui vous adressez-vous ?*
 Famille Voisinage Autre _____
 (précisez...)

Question 16 : Etes-vous autonome dans vos démarches administratives-numériques ?

Oui Non *si non, à qui vous adressez-vous ?*
 Famille Voisinage Autre _____
 (précisez...)

Question 17 : Vous sentez-vous seul(e) ? Oui Non

Question 18 : Participez-vous à des activités ? Lesquelles ?

Question 19 : Comment occupez-vous votre quotidien ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vie associative, bénévolat | <input type="checkbox"/> garde des petits enfants |
| <input type="checkbox"/> Jardin / bricolage / pêche | <input type="checkbox"/> aidant d'une personne |
| <input type="checkbox"/> activités manuelles (couture...) | <input type="checkbox"/> sorties culturelles |
| <input type="checkbox"/> lecture, mots croisés, numérique | <input type="checkbox"/> autres (précisez) _____ |

Question 20 : Recevez-vous des visites à domicile ?

	Tous les jours	1 fois par semaine	Tous les 15 jours	1 fois par mois	1 fois par trimestre	1 fois par an	jamais
Professionnel de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aide à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Portage des repas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visite par les bénévoles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre (précisez) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question 21 : Qu'est-ce qui vous manque dans la commune qui pourrait améliorer votre quotidien (aménagement urbain, navette, service...)?

Question 22 : Avez des remarques ou des commentaires à nous formuler ?

Ce questionnaire est anonyme.

Cependant si vous souhaitez être recontacté, merci de bien vouloir laisser vos coordonnées ci-dessous :

Nom

Prénom

Téléphone