



Notre collectivité s'inscrit dans une démarche innovante d'adaptation de l'environnement bâti et social à toutes les générations. Nous avons donc besoin de l'avis de chacune et chacun de vous afin de prioriser les champs d'action et d'analyser au plus juste les besoins de tous les publics.

Peut-on vieillir à Joigny de façon confortable dans notre territoire ? Celui-ci est-il adapté à chacun, quel que soit son degré d'autonomie ? Qu'est-ce qui pourrait, selon vous, être amélioré pour soutenir le vieillissement heureux et actif ?

QUESTIONNAIRE A COMPLÉTER ET À DÉPOSER EN MAIRIE AVANT LE 21 MARS 2021

1- ESPACES EXTÉRIEURS / BÂTIMENTS PUBLICS

Le mobilier urbain vous satisfait-il ?

Dans le commentaire préciser la raison, le ou les lieux, votre suggestion.

	Pas du tout satisfait	Peu satisfait	Satisfait	Très satisfait
Bancs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Commentaire :</i>			
Éclairage public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Commentaire :</i>			
Abribus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Commentaire :</i>			
Rampes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Commentaire :</i>			
Signalétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Commentaire :</i>			
Autres :			
<i>Commentaire :</i>			

Les espaces et bâtiments publics sont-ils adaptés à vos déplacements ?

Dans le commentaire préciser la raison, le ou les lieux, votre suggestion.

	Pas du tout adaptés	Peu adaptés	Adaptés	Très adaptés
Trottoirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			
Voirie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			
Passages piétons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			
Espaces verts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			
Mairie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			
Médiathèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			
Bibliothèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			
Cinéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaire :			
Autres :			

2- TRANSPORT / MOBILITÉ

Rencontrez-vous des difficultés pour vous déplacer hors de votre domicile ?

OUI

NON

Quel(s) moyen(s) de transport utilisez-Vous ?

	Jamais	Quelques fois	Souvent	Toujours
Voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vélo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deux-roues motorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide d'un tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres, précisez le mode :

Les transports en commun sont-ils adaptés pour rejoindre les lieux de vie qui vous sont importants (médecin, épicerie, écoles, commerces...)?

OUI

NON

Si la réponse est NON précisez la raison et quelles sont vos suggestions :

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

Selon vous les transports en commun sont-ils accessibles ?

Pas du tout

Peu

Moyennement

Accessibles

Très accessibles

Selon votre réponse, quelles sont vos suggestions :

.....
.....

Où vous rendez-vous le plus souvent pour faire vos courses ?

Dans mon quartier	<input type="checkbox"/>	Dans un autre quartier de la ville	<input type="checkbox"/>
Dans une commune voisine	<input type="checkbox"/>	Dans une commune plus éloignée	<input type="checkbox"/>
Je me fais livrer	<input type="checkbox"/>	Quelqu'un fait mes courses	<input type="checkbox"/>

Autres (précisez) :

Rencontrez-vous des difficultés pour faire vos courses ?

OUI

NON

Si la réponse est OUI, précisez la raison et quelles sont vos suggestions :

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

3- HABITAT

Quel quartier de la ville habitez-vous ?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Centre ville | Rive gauche | Madeleine | Les Maillottes | Epizy |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Paradis | Léchères | Autre, précisez : | | |

Quel type de logement habitez-vous ?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Appartement | <input type="checkbox"/> | Résidence autonomie | <input type="checkbox"/> |
| Maison individuelle | <input type="checkbox"/> | Hébergement maison de retraite | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : | | | |

Selon vous, votre logement est-il adapté à votre état de santé ou à celui des personnes qui vivent avec vous ?

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

Si la réponse est NON, envisagez-vous de faire des travaux : OUI NON

Si la réponse est NON, précisez les raisons (techniques, financières, autres...) :

4- INFORMATION ET COMMUNICATION

Disposez-vous d'un accès internet ?

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

Si la réponse est NON, est-ce une volonté : OUI NON

Disposez-vous d'un ordinateur ?

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

L'utilisez-vous ?

- | | | | | | | | |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> | JENESAIS PAS | <input type="checkbox"/> | JEN'AI PAS ENVIE | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------|--------------------------|

En général, quels supports utilisez-vous pour vous informer ?

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Informations directes en mairie | <input type="checkbox"/> | Presse locale | <input type="checkbox"/> |
| Joigny Info | <input type="checkbox"/> | Panneaux d'affichage | <input type="checkbox"/> |
| Site internet de la ville de Joigny | <input type="checkbox"/> | Permanences mairie | <input type="checkbox"/> |
| Médias | <input type="checkbox"/> | Bouche à oreille | <input type="checkbox"/> |
| Réseaux sociaux | <input type="checkbox"/> | | |

Autres, précisez lesquels :

Avez-vous besoin d'aide pour les démarches administratives ?

Demande d'aide financière

Inscription à des services d'aide à domicile

Impôts Autres, précisez lesquelles :

5- CULTURE ET LOISIRS

Avez-vous accès :

	Jamais	De temps en temps	Plusieurs fois par an	Tous les mois
À des activités associatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À des activités culturelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À des activités physiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres, précisez lesquelles :

Si la réponse est Jamais, est-ce une volonté : OUI NON

Si la réponse est NON, précisez les raisons (techniques, financières, autres...) et vos souhaits :

Raisons :

Souhaits :

Fréquentez-vous les structures suivantes :

	Jamais	Quelques fois	Souvent	Très souvent
Médiathèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bibliothèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Théâtre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concerts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salles d'exposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres, précisez lesquels :

Si la réponse est Jamais, est-ce une volonté : OUI NON

Si la réponse est NON, précisez les raisons (techniques, financières, autres...) et vos souhaits :

Raisons :

Souhaits :

6- LIEN SOCIAL ET SOLIDARITÉ

Vous sentez-vous isolé(ée) ?

Toujours Souvent Rarement Jamais

En cas de problèmes, avez-vous quelqu'un(e) sur qui vous pouvez compter ?

	Non, personne	La famille	Un(e) ami(e)	Association ou autre
Petit bricolage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien du logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien du terrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garde animaux de compagnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soutien administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres, précisez :

7- PARTICIPATION CITOYENNE ET EMPLOI

Faites-vous partie d'une association ?

OUI

NON

Si la réponse est OUI, précisez de quelle nature (plusieurs réponses possibles) :

Caritative

Loisirs

Sportive

Culturelle

Autres, précisez lesquels : _____

Si la réponse est NON, est-ce une volonté : OUI NON

Si la réponse est NON, précisez les raisons (techniques, financières, autres...) et vos souhaits :

Raisons : _____

Souhaits : _____

Participez-vous à une activité bénévole ?

OUI NON

Si la réponse est NON, est-ce une volonté : OUI NON

Si la réponse est NON, précisez les raisons (techniques, financières, autres...) :

Raisons : _____

Souhaiteriez-vous participer à une action ou à un projet intergénérationnel ?

OUI NON

Si la réponse est OUI, dans quel domaine (sportif, caritatif, autre...), précisez :

8- AUTONOMIE, SERVICES ET SOINS

Avez-vous connaissance de services de santé dans la ville ou à domicile ?

OUI NON

Si la réponse est OUI, précisez lesquels : _____

Au cours de ces douze derniers mois, auxquels de ces services avez-vous eu recours pour vous ou pour un(e) proche ?

Hébergement collectif (EHPAD) Service d'aide à domicile

Conseil d'un travailleur social Portage de repas à domicile

Autres, précisez lequel/lesquels : _____

Etes-vous satisfait ? OUI NON

Si la réponse est NON, précisez les raisons : _____

Selon-vous, quel type de service ou de structure manque-t-il pour vous aider, vous ou l'un(e) de vos proches dans votre/son autonomie au quotidien ?

Structure d'accueil _____

Structure de répit _____

Conseils _____

Aides _____

Autres, précisez : _____

9- INFORMATION GÉNÉRALES

Êtes-vous satisfait(e) de l'accès aux soins ?

OUI

NON

Si la réponse est NON, précisez les raisons (logistiques, financières, autres...) :

Raisons : _____

Selon-vous, quel type de service manque-t-il pour vous aider, ou l'un(e) de vos proches, dans votre/son autonomie au quotidien ?

Structure d'accueil _____

Structure de répit _____

Conseils _____

Aides _____

Autres, précisez lesquels : _____

Êtes vous autonome pour accéder aux soins ?

OUI

NON

Comment d'après-vous l'accès aux soins pourrait-il être amélioré ?

Précisez : _____

Quel est à votre avis la place des seniors dans votre collectivité ?

Votre âge : 18 - 30 ans 31 - 45 ans 46 - 65 ans 66 - 79 ans 80 ans et +

Vous êtes : UNE FEMME UN HOMME

Vous vivez : SEUL(E) EN COUPLE AUTRE

Ce document est à retourner en mairie avant le 21 mars 2021

Nous vous remercions pour votre participation