

Ce questionnaire est à destination des seniors de la ville de BIOT dans le cadre de la démarche Ville Amies des Aînés.

La ville de Biot s'est engagée dans une démarche de diagnostic participatif afin de dresser un état des lieux du bien-vieillir sur la commune. Cette démarche contribuera à définir à terme un plan d'actions qui permettra de favoriser l'adaptation et l'accessibilité des services et équipements pour tous.

Parce que vous êtes les premiers concernés, votre avis est important.

Merci pour votre précieuse contribution.

Ce questionnaire est à remettre en Mairie ou bien au CCAS ou par messagerie électronique à l'adresse :

ccas@biot.fr

Transport et mobilité

1. A quelle fréquence sortez-vous de votre domicile ? *

Jamais Rarement Fréquemment Tous les jours

2. A combien de temps à pied habitez-vous des services et commerces de proximité ? *

moins de 5 mn moins de 15 mn entre 15 et 30 mn plus de 30 mn

3. Quel moyen de déplacement utilisez-vous, et à quelle fréquence ? *

	Jamais	Rarement	Fréquemment	Tous les jours
Marche à pieds	<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 motorisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voiture personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EnviBus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sors avec une aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Espaces extérieurs et Bâtiments

4. Vous sentez-vous en sécurité dans votre ville ? *

oui non

5. Etes-vous satisfait du mobilier urbain ? *

	Pas du tout adapté	Peu adapté	Plutôt adapté	Bien adapté
Banc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eclairage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abribus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Trouvez-vous que les espaces et bâtiments publics sont adaptés à vos usages ? *

	Pas du tout adapté	Peu adapté	Plutôt adapté	Bien adapté
Trottoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voirie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passage pour piétons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps de traversée des feux piétons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espaces verts - Parcs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hôtel de Ville et CCAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mairie de proximité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bibliothèques - Médiathèques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Habitat

7. Dans quel type de logement vivez-vous ? *

Immeuble collectif Maison individuelle Résidences sociales (EHPAD, autre) Autres, précisez

(Habitat inclusif, Habitat intergénérationnel etc)

8. Votre logement est-il adapté à votre état de santé ? *

Oui, tout à fait Partiellement Non, pas du tout

9. Etes-vous intéressés par l'habitat intergénérationnel ? *

Non Oui

Information et communication

10. Estimez-vous avoir suffisamment d'information sur la vie à BIOT ? *

Non, pas du tout Oui, mais insuffisamment Oui, suffisamment

11. Rencontrez-vous des difficultés pour utiliser les outils numériques ? *

Non Oui

12. Etes-vous équipé d'un : *

Téléphone fixe Téléphone portable Ordinateur Tablette Internet Adresse

électronique

13. Quels canaux d'information utilisez-vous ? *

Site Web Réseaux sociaux Panneaux d'affichage Presse, Gazette, Magazines Bouche à

oreilles Informations directes en Mairie/CCAS Office de tourisme

Lien social et participation citoyenne

14. Vous arrive-t-il de ressentir un sentiment de solitude ? *

Jamais Rarement Souvent Tous les jours

15. Avez-vous le sentiment que votre avis est pris en compte dans les décisions publiques ? *

Jamais Rarement Souvent Toujours

16. Etes-vous engagé dans la vie de votre quartier/ville ? *

Non Oui

17. Ces douze derniers mois, avez-vous ? *

Fait partie d'une association Participé à une action bénévole Participé à un projet

intergénérationnel Exercé un travail bénévole ou rémunéré

Culture et Loisirs

18. Participez-vous à des activités dans la ville ? *

Jamais Rarement Toutes les semaines Tous les jours

19. Par qui, ces activités sont-elles organisées ? *

La ville Le CCAS Associations - Clubs Maisons de quartiers - Centre social Autres

Autonomie Services et soins

20. Etes-vous couvert par une complémentaire santé ? *

Oui Non Ne sait pas

21. Avez-vous déjà pris contact avec une des structures suivantes ? *

la Mairie Le CCAS La maison départementale de l'autonomie de Cagnes Les services d'aide et de soins à domicile Le point justice

22. Que pensez-vous des services à domicile ? *

	Ils existent en nombre suffisant	Il en existe mais pas suffisamment	Ils n'existent pas et il faudrait les créer	Ils ne m'intéressent pas
Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmière à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service d'aide et d'accompagnement à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmacie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portage de repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conciergerie pour petits travaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visite de convivialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bibliothèque ambulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide aux démarches administratives et numériques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Répondant

23. Sexe *1

Femme Homme

24. Quelle est votre tranche d'âge ? *

50 à 65 ans 66 à 75 ans 76 ans et plus

25. Vous vivez ? *

Seul En couple

26. Dans quel quartier habitez-vous ? *

27. Si vous souhaitez un retour des résultats de ce questionnaire, précisez vos nom, prénom, coordonnées ? *

** : La réponse est obligatoire.
!: Ne cocher qu'une seule option.*