

PROJET I-CARE

Recherche sur l'impact de l'action des centres sociaux sur l'avancée en âge et la perte d'autonomie

Bonjour,

Le centre socio-culturel de
à choisi de participer à un projet de recherche sur le vieillissement pour évaluer l'impact de ses actions sur l'avancée en âge et la perte d'autonomie.

En tant que nouvel adhérent cette recherche a besoin de vous. Pour cela, et si vous en acceptez le principe, nous avons besoin de mieux vous connaître (bien-être, famille, santé, etc.). Les informations demandées seront traitées de manière **anonyme**.

Le remplissage de ce questionnaire suppose que l'on vous recontacte de nouveau dans 1 an afin de réévaluer les mêmes critères. Merci de le remplir le plus précisément possible, cela ne vous prendra qu'une quinzaine de minutes.

La personne qui vous a remis ce questionnaire peut si besoin vous accompagner à le remplir.

Merci de votre participation

L'équipe I-CARE

J'ai pris connaissance des modalités de participation et je les accepte : OUI

A l'attention du centre social :

Ce questionnaire à été rempli : avec aide sans aide

Remarques, observations :

CONTACT



Mme Mr

NOM : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : ___/___/19___ à _____

Nationalité : Française

Autre : _____

Téléphone : ___/___/___/___/___/

Adresse Mail : _____@_____

Autre personne à contacter en cas d'absence :

Mme M

NOM : _____

Prénom : _____

Téléphone: ___/___/___/___/___/

Fait à : _____

Au Centre Social : _____

Le ___/___/2016

1 - Dans ce centre social, je suis : *(plusieurs réponses possibles)*

Nouvel adhérent / participant	<input type="checkbox"/>
Adhérent / participant	<input type="checkbox"/>
Bénévole d'activité	<input type="checkbox"/>
Bénévole représentant de l'association	<input type="checkbox"/>
Non adhérent / participant	<input type="checkbox"/>

INFORMATIONS GENERALES

2- J'habite à : _____ Depuis (*nombre d'années*): _____

Avant d'habiter ici, je vivais à : _____

3 - Je suis : (*plusieurs réponses possibles*) *nombre d'années*

Marié(e)	<input type="checkbox"/>	Depuis :
En concubinage	<input type="checkbox"/>	Depuis :
Divorcé(e)	<input type="checkbox"/>	Depuis :
Séparé(e)	<input type="checkbox"/>	Depuis :
Veuf/Veuve	<input type="checkbox"/>	Depuis :
Célibataire	<input type="checkbox"/>	Depuis :

4 - Combien de personne(s) compte mon ménage ? _____

5- J'ai un/des: (*plusieurs réponses possibles*)

Enfant(s)	<input type="checkbox"/>	Combien :
Petit(s)-enfant(s)	<input type="checkbox"/>	Combien :
Arrière petit(s)-enfant(s)	<input type="checkbox"/>	Combien :
Un/Des parents en vie	<input type="checkbox"/>	Combien :

6 - Je vois mes enfants, petit(s)-enfant(s) et/ou arrières petit(s)-enfant(s):

Jamais	<input type="checkbox"/>
Moins d'une fois dans l'année	<input type="checkbox"/>
1 à 2 fois dans l'année	<input type="checkbox"/>
2 à 5 fois dans l'année	<input type="checkbox"/>
5 à 10 fois dans l'année	<input type="checkbox"/>
Plus de 10 fois dans l'année	<input type="checkbox"/>

7 - Je suis :

Retraité(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
En activité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

8 - J'exerce ou j'ai principalement exercé le métier de ? _____

9 - Mon diplôme le plus élevé est : _____ Je n'ai aucun diplôme

10 - Je suis :

Propriétaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Locataire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

11- Le revenu mensuel de **mon ménage** est de : (*toutes ressources confondues*)

Moins de 500€	<input type="checkbox"/>
De 500€ à 1000€	<input type="checkbox"/>
De 1000€ à 1500€	<input type="checkbox"/>
1500€ à 2000€	<input type="checkbox"/>
2000€ à 2500€	<input type="checkbox"/>
Plus de 2500€	<input type="checkbox"/>

12 - Au sein du Centre social, je pratique les activités suivantes (Gym, informatique, activités de rencontres etc.) :

.....
.....

13 - En dehors du centre social, je pratique actuellement les activités suivantes :

.....
.....

L'AVANCEE EN AGE

14- Je me considère comme : (*plusieurs réponses possibles*)

Une personne âgée	<input type="checkbox"/>
Un retraité	<input type="checkbox"/>
Un sénior	<input type="checkbox"/>
Appartenant au 3 ^{ème} âge	<input type="checkbox"/>
Appartenant au 4 ^{ème} âge	<input type="checkbox"/>
Vieux	<input type="checkbox"/>
Aucun	<input type="checkbox"/>
Autres (<i>précisez</i>) :	<input type="checkbox"/>

15- Sur une échelle de 1 à 10, j'estime que mon environnement est adapté à mes besoins (*Entourer le chiffre correspondant, 1 étant le plus faible*)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

16 - J'ai recours à des services :

D'aide à domicile (ménage, courses etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
De soins à domicile (Infirmiers, médecins etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

17 - Je suis bénéficiaire des aides suivantes : *(plusieurs réponses possibles)*

Minimum vieillesse	<input type="checkbox"/>
L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	<input type="checkbox"/>
L'aide sociale à l'hébergement (ASH)	<input type="checkbox"/>
L'aide à l'adaptation du logement	<input type="checkbox"/>
L'allocation de solidarité aux personnes âgées	<input type="checkbox"/>
Aucune	<input type="checkbox"/>
Autres <i>(précisez)</i> :	<input type="checkbox"/>

18 - Sur une échelle de 1 à 10, je considère que mon niveau de bien-être est de :

(Entourer le chiffre correspondant, 1 étant le plus faible)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

19 - Comparativement aux personnes de mon âge je considère que ma qualité de vie est :

Equivalente	<input type="checkbox"/>
Meilleure	<input type="checkbox"/>
Moins bonne	<input type="checkbox"/>
Ne sais pas	<input type="checkbox"/>

20 - Sur une échelle de 1 à 10, j'évalue mon niveau de préoccupation pour chacun de ces thèmes à : *(entourez la note, 1 étant le minimum)*

Ma santé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Ne sais pas</i> <input type="checkbox"/>
Ma famille	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Ne sais pas</i> <input type="checkbox"/>
Ma vie sociale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Ne sais pas</i> <input type="checkbox"/>
Ma sécurité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Ne sais pas</i> <input type="checkbox"/>
Mes finances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Ne sais pas</i> <input type="checkbox"/>
Mon logement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<i>Ne sais pas</i> <input type="checkbox"/>

21 - Je me projette et/ou fais des projets sur :

Je ne me projette pas	<input type="checkbox"/>
Quelques jours	<input type="checkbox"/>
Le mois	<input type="checkbox"/>
Le semestre	<input type="checkbox"/>
L'année	<input type="checkbox"/>
Les 5 prochaines années	<input type="checkbox"/>
Les 10 prochaines années	<input type="checkbox"/>

ENGAGEMENT ET LIEN SOCIAL

22 - Je suis ou j'ai été : *(répondez pour chacune des lignes)*

Militant(e) pour une cause	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Bénévole dans une autre association que ce centre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Engagé(e) politiquement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pratiquant(e) et ou croyant(e) d'une religion	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Syndiqué(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Engagé(e) dans des mouvements citoyens	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

23 - Ma venue au centre : *(Plusieurs réponses possibles)*

S'est faite via une connaissance/ ami(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est due à l'inscription d'un membre de ma famille	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est due à une information extérieure (mairie, affiche, internet ...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre <i>(précisez)</i> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je l'ai recommandée à d'autres personnes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

24 - J'ai des amis dans le Centre Social :

Oui	<input type="checkbox"/>	Combien :	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>		

25 - J'ai des connaissances dans le Centre Social :

Oui	<input type="checkbox"/>	Combien :	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>		

26 - Je reçois ou suis invité(e) chez des amis/connaissances :

Au moins une fois par semaine	<input type="checkbox"/>
Au moins une fois toutes les 2 semaines	<input type="checkbox"/>
Au moins une fois par mois	<input type="checkbox"/>
Au moins une fois par trimestre	<input type="checkbox"/>
Moins d'une fois par trimestre	<input type="checkbox"/>

27 - Mes relations de voisinage sont :

Inexistantes	<input type="checkbox"/>
Cordiales (bonjour, au revoir)	<input type="checkbox"/>
Amicales	<input type="checkbox"/>
De l'ordre de l'échange de service (dépannage, courses ...)	<input type="checkbox"/>
Mauvaises	<input type="checkbox"/>

28 - Dans mon quartier ou mon village, je sais où trouver ce dont j'ai besoin : *(répondez pour chacune des lignes)*

En termes de commerces (épicerie, coiffeur ...)	<input type="checkbox"/> Il n'y en a pas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
En termes d'administration et de services publics	<input type="checkbox"/> Il n'y en a pas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
En termes de services de santé	<input type="checkbox"/> Il n'y en a pas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

29 - Je trouve que l'ambiance de mon quartier ou mon village est : *(répondez pour chacune des lignes)*

Sécurisante	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Conviviale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Agréable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Bénéfique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Adaptée à mes besoins	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

SANTE ET BIEN-ETRE

30 - Sur une échelle de 1 à 10, j'évalue mon état de santé à *(Entourer le chiffre correspondant, 1 étant le plus faible)* :

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

31 - *(répondez pour chacune des lignes)*

Je me sens en bonne santé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je suis souvent fatigué(e)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'ai fait une chute dans les 6 derniers mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'ai une ordonnance permanente de plus de 4 médicaments par jour	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'ai perdu du poids sans avoir suivi de régime particulier au cours de l'année dernière	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

32 - Les questions suivantes portent sur votre moral *(répondez pour chacune des lignes)*

Je suis heureux(se) la plupart du temps	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je suis souvent découragé(e) et triste	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'ai le sentiment que ma vie est vide	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'ai le sentiment que ma situation est désespérée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

33 - Quand j'ai un problème de santé : *(répondez pour chacune des lignes)*

Je consulte rapidement un médecin	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'attends quelques jours pour voir comment ça évolue avant de consulter	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'attends que ça passe avec de l'automédication	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'attends que ça passe sans prendre de médicaments	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

34 - Pour mes trajets quotidiens je : *(répondez pour chacune des lignes)*

	Sans difficultés	Avec des difficultés	Je ne peux pas le faire
Me déplace à pied sur de courtes distances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me déplace à pied sur de longues distances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me déplace en voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prends les transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35 - Pour des tâches quotidiennes je peux : *(répondez pour chacune des lignes)*

	Sans difficultés	Avec difficultés	Je ne peux pas le faire
M'habiller seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me laver seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me faire à manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivre mon ordonnance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36 - Je pratique ces activités : *(répondez pour chacune des lignes)*

	Sans difficultés	Avec difficultés	Je ne peux pas le faire
Travaux domestiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprendre et mémoriser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jardiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37 - J'éprouve : *(répondez pour chacune des lignes)*

	Faible à nulle	Modérée	Forte
Une gêne visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une gêne auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) type(s) de gêne(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des douleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>