****

**Questionnaire de satisfaction**

***Vous avez participé à une action collective de prévention. Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire suivant.***

**Intitulé de l’action** : ………………………………………………………………………………………….

**Date et lieu de l’action** : ……………………………………………………………………………............

**Votre commune de domicile** : …………………………………………………………………………….

**Vous êtes** :  un homme  une femme

**Votre âge** :  Moins de 60 ans  60 à 69 ans  70 à 79 ans  80 ans à 89  90 et plus

**Bénéficiez-vous de l’Allocation personnalisée d’autonomie (APA)** :

Oui  Non  Ne sait pas

**Votre situation** :

préretraité(e)  retraité(e)  en activité professionnelle

sans activité professionnelle  en invalidité

**Vous vivez :**

A domicile  En établissement

**Aidez-vous ou soutenez-vous un proche?**

Oui  Non

**Si oui, à quelle fréquence :**

au quotidien  ponctuellement

**Merci de tourner la page**

**De manière globale, cette action vous a-t-elle parue :**

Très satisfaisante  Satisfaisante  Peu satisfaisante  Pas du tout satisfaisante

**Cette action a-t-elle été conforme à vos attentes :**  Oui  Non

Si non, pourquoi ?

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

**Cette action va-t-elle vous aider à changer vos comportements et habitudes ?**

Oui  Non  Ne sait pas

**Avez-vous des remarques ou suggestions à formuler ?**

………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….

**Souhaitez-vous une suite à cette action ?**   Oui  Non

*Si oui, sur laquelle ?*

………………………………………………………………………………………….

*Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?*

Conférence  Conférence-débat  Atelier  Groupe de parole

Groupe d’information et d’échange  Journée  Théâtre forum

Autre :……………………………………………………………………………………………………..

**Etes-vous intéressé(e) par d’autres sujets ?**   Oui  Non

*Si oui, le (s) quel (s) ?*

……………………………………………………………………………………….

**Comment avez-vous eu connaissance de cette action ?**

Presse, affiches, flyers

Internet

Par un professionnel de santé (médecin, pharmacien, kinésithérapeute, infirmier…)

Par un professionnel médico-social (assistante sociale, évaluateur des besoins d’aide à domicile)

Par votre caisse de retraite complémentaire

Par votre caisse de retraite

La mairie ou le CCAS

La direction de l’autonomie ou le service autonomie de la Maison du territoire

Le « bouche à oreille » (entourage amical, familial, voisinage…)

Autre : ……………………………………………………………………………………………………

**Merci de votre participation**