

SONDAGE - MRC AMIE DES AÎNÉS

Ce sondage a comme objectif d'alimenter la réflexion des élus municipaux afin de soutenir votre milieu de vie en vous exprimant sur les services actuellement offerts sur le territoire et ceux pouvant être ajoutés.

QUESTIONS PRÉLIMINAIRES

1. **Êtes-vous une femme ou un homme?**
Femme Homme
2. **Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?**

29 ans et moins	<input type="checkbox"/>	<i>(Passez au sondage municipal)</i>	55-64 ans	<input type="checkbox"/>
30-39 ans	<input type="checkbox"/>	<i>(Passez au sondage municipal)</i>	65-74 ans	<input type="checkbox"/>
40-49 ans	<input type="checkbox"/>	<i>(Passez au sondage municipal)</i>	75-84 ans	<input type="checkbox"/>
50-54 ans	<input type="checkbox"/>		85 ans et plus	<input type="checkbox"/>
3. **Quel est votre plus haut niveau de scolarité?**

Primaire complété	<input type="checkbox"/>	Diplôme d'un collège ou d'un cégep	<input type="checkbox"/>
Diplôme d'études secondaires	<input type="checkbox"/>	Certificat, diplôme ou grade universitaire	<input type="checkbox"/>
Diplôme d'études professionnelles (école de métier)	<input type="checkbox"/>	Aucune de ces réponses	<input type="checkbox"/>
4. **Quelle est votre situation de vie ?**
Je vis...

Seul(e)	<input type="checkbox"/>	Avec un membre de ma famille (enfant, frère, sœur)	<input type="checkbox"/>
Avec un conjoint(e)	<input type="checkbox"/>	Avec une autre personne n'étant pas de ma famille	<input type="checkbox"/>
5. **Dans quel type de résidence habitez-vous?**

Une maison	<input type="checkbox"/>	Un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)	<input type="checkbox"/>
Une maison bigénérationnelle	<input type="checkbox"/>	Une ressource de type familiale (RTF)	<input type="checkbox"/>
Un appartement ou un condominium	<input type="checkbox"/>	Une ressource intermédiaire (RI)	<input type="checkbox"/>
Une habitation à loyer modique (HLM)	<input type="checkbox"/>	Autres, spécifiez : _____	
Une résidence privée pour aînés	<input type="checkbox"/>		
6. **Quelle serait votre intention si, éventuellement, vous deviez quitter votre domicile actuel pour obtenir des soins de santé ou pour améliorer votre qualité de vie?**

Déménager dans un appartement	<input type="checkbox"/>	Être orienté vers un CHSLD ou une ressource intermédiaire (RI)	<input type="checkbox"/>
Habiter dans une maison bigénérationnelle	<input type="checkbox"/>	Autres, spécifiez : _____	
Habiter dans un logement tenu par l'un des membres de ma famille	<input type="checkbox"/>	_____	
Déménager dans une résidence privée pour aînés	<input type="checkbox"/>	_____	

HABITATION ET SÉCURITÉ

1. Vous sentez-vous en sécurité à votre domicile?

Tout à fait

Pas toujours

Pas du tout

Pourquoi : _____

2. Cochez trois mesures que vous considérez importantes et qui vous permettraient de demeurer le plus longtemps possible à votre domicile actuel :

Avoir de l'aide pour l'entretien ménager

Avoir de l'aide pour l'entretien extérieur

Avoir de l'aide pour adapter ma maison pour continuer d'y vivre

Avoir de l'aide pour mes activités quotidiennes (me nourrir, me laver, m'habiller, etc.)

Avoir de l'aide pour réaliser des achats, du magasinage, etc.

Recevoir des visites amicales

Avoir du transport pour mes rendez-vous ou mes activités sociales

Avoir des services de livraison à domicile (épicerie, médicaments, etc.)

Avoir accès à des soins de santé à proximité de chez moi

Avoir du soutien pour m'occuper de mon conjoint(e) malade ou en perte d'autonomie

Autres mesures : _____

3. Connaissez-vous le service PAIR (appel de sécurité générant une alerte si l'abonné ne répond pas après trois tentatives)?

Oui Non

4. Connaissez-vous les services de transport suivants?

Municar Oui Non

Rouli-Bus Oui Non (*transport adapté*)

TaxiBus Oui Non (*offert à Victoriaville seulement*)

5. Avez-vous déjà eu recours à l'un de ces services de transport?

Oui Non

Si oui, lequel : _____

Si vous avez répondu non, indiquez pour quelle(s) raison(s) :

Je ne connais pas ces services Le service n'est pas offert dans ma municipalité

Je possède une voiture Je ne suis pas admissible au service Rouli-Bus

Je fais du covoiturage avec des membres de ma famille ou des amis Autres raisons : _____

Les horaires ne me conviennent pas _____

6. **Quelles améliorations devraient-elles être apportées au service de transport collectif pour qu'il vous convienne davantage?**

- Recevoir de l'information sur le service offert
- Plus grande flexibilité dans l'horaire
- Mettre en place un système de navette pour une sortie commerciale
- Un service par demi-journée
- Un coût moins élevé
- L'accessibilité et la disponibilité du service dans ma municipalité
- Avoir accès au service TaxiBus lorsque je me trouve à Victoriaville
- Avoir un abri confortable pour me protéger des intempéries
- Autres améliorations : _____

SANTÉ

7. **Vous considérez-vous bien informé(e) des services de santé offerts sur le territoire de la MRC d'Arthabaska?**

Très bien Bien Un peu Pas du tout

8. **Quels services de santé aimeriez-vous obtenir à proximité de votre domicile?**

- Assister à des conférences touchant à divers sujets
- Prendre part à des activités de groupe (entraide, mise en forme, etc.)
- Obtenir les services d'un médecin de famille dans ma municipalité
- Avoir accès à une infirmière dans ma municipalité (prise de sang, etc.)
- Rencontrer une ressource pour la santé psychologique
- Avoir accès à un service de répit
- Autres services : _____

PARTICIPATION ET COHÉSION SOCIALES

9. **À quelle fréquence prenez-vous part à des activités sociales, culturelles ou communautaires dans votre municipalité ou dans toute autre municipalité de la MRC d'Arthabaska? (activités d'organismes, rencontres avec la famille ou des amis, etc.)**

Une fois par semaine et plus À quelques reprises au cours de l'année
Une fois par mois Jamais

10. **Identifiez jusqu'à cinq organismes communautaires ou culturels œuvrant auprès des aînés que vous connaissez et qui offrent différents services sur le territoire de la MRC ou dans votre municipalité.**

- 1^{er} organisme : _____
- 2^e organisme : _____
- 3^e organisme : _____
- 4^e organisme : _____
- 5^e organisme : _____

11. Si la MRC d'Arthabaska ou un organisme du milieu désire vous transmettre une information, quels moyens de communication devraient-ils être utilisés pour vous joindre?

Le journal (La Nouvelle Union, L'Express, etc.)	<input type="checkbox"/>	La télévision communautaire	<input type="checkbox"/>
Le bulletin municipal	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>
Le téléphone	<input type="checkbox"/>	Médias sociaux (Facebook)	<input type="checkbox"/>
La radio	<input type="checkbox"/>	Autres moyens : _____	

12. Pour améliorer votre qualité de vie, est-ce que d'autres gestes pourraient être posés dans votre milieu?

13. Dans quelle municipalité habitez-vous?

COUREZ LA CHANCE DE GAGNER UN CHÈQUE-CADEAU

Parmi les personnes qui auront répondu au sondage, deux prix de participation seront alloués, soit un chèque-cadeau de 100 \$ et un second de 50 \$ dans des restaurants situés sur le territoire de la MRC d'Arthabaska, au choix des gagnants.

Désirez-vous participer au tirage?

Oui Non

Pour être éligible au tirage, veuillez inscrire :

Votre nom : _____

Votre numéro de téléphone : _____

Votre adresse courriel : _____

SONDAGE SAINTE-CLOTILDE-DE-HORTON POLITIQUES FAMILIALE ET MADA

Objectif du sondage : par les réponses obtenues, le comité responsable des politiques de votre municipalité sera en mesure de prioriser des actions qui répondront à vos besoins.

1 LA PARTICIPATION ET LA COHÉSION SOCIALES

- 1.1 **Considérez-vous que vous pouvez accéder sans difficulté aux lieux publics de la municipalité?**
(bureau municipal, salle communautaire, bibliothèque, parc municipal, etc.)

Oui Non

À quel(s) endroit(s), la municipalité devrait-elle améliorer l'accès et de quelle(s) façon(s)?

- 1.2 **Participez-vous aux activités se tenant dans la municipalité?**

Sainte-Clotilde en course	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Fête d'hiver	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Dîner de la Guignolée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Fête de l'Halloween	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Fête de Noël	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Salon des achats de Noël	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Bingo	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Café du Centre	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Voyages organisés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Vins et fromages	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Jeudi en chansons	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>

Autres événements (activités d'organismes) : _____

- 1.3 **Quelles sources d'information utilisez-vous pour connaître les activités offertes dans la municipalité?**

Site Internet de la municipalité	<input type="checkbox"/>	Page Facebook	<input type="checkbox"/>
Journal Le Messager des Rivières	<input type="checkbox"/>	Bouche-à-oreille	<input type="checkbox"/>
Publipostage	<input type="checkbox"/>	Message dans le sac à dos des enfants	<input type="checkbox"/>
Somum (système téléphonique automatisé)	<input type="checkbox"/>	Panneau afficheur de la municipalité	<input type="checkbox"/>
		Affiches	<input type="checkbox"/>

- 1.4 **À quel(s) moment(s) êtes-vous le plus disponible pour participer à des activités?**

Matin de semaine	<input type="checkbox"/>	Matin de fin de semaine	<input type="checkbox"/>
Après-midi de semaine	<input type="checkbox"/>	Après-midi de fin de semaine	<input type="checkbox"/>
Soir de semaine	<input type="checkbox"/>	Soir de fin de semaine	<input type="checkbox"/>

2 LOISIR - SAINES HABITUDES DE VIE -

2.1 Seriez-vous intéressé(e) à avoir accès aux activités suivantes?

Bingo amical	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Jardinage	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Jeux de cartes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Jeux de société	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Conditionnement physique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Vie active	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Atelier de cuisine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Cours d'informatique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Danse en groupe	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Jeux de fers ou de fléchettes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Club de marche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Pétanque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Tai-chi	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Yoga	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Travaux manuels (tissage, tricot, etc.)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Vélo	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Entraînement de groupe (Zumba)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Minigolf	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>

Autres activités : _____

2.2 Si la municipalité ou un organisme du milieu tenait des activités telles que des conférences et des échanges de connaissances liés à la santé, seriez-vous intéressé(e) à y participer?

Oui Non Aucun intérêt

2.3 Quels sujets vous intéressent-ils davantage parmi les suivants?

- L'alimentation
- L'activité physique et les exercices à domicile
- Le jardinage
- Les relations humaines (parents-enfants, médiation citoyenne, développement personnel, etc.)
- La santé (diabète, Alzheimer, les proches aidants, etc.)
- Les troubles d'apprentissage (TDAH, dysphasie, dyspraxie)
- L'intimidation

Autres sujets : _____

2.4 Seriez-vous favorable à l'ajout de bacs de jouets et d'équipements installés gratuitement dans les parcs, favorisant ainsi la pratique libre d'activités? (ballons de soccer, seaux, pelles, raquette de tennis, cerfs-volants, raquettes, patins, etc.)

Oui Non Aucun intérêt

2.5 Aimeriez-vous participer à des activités intergénérationnelles? (définition : activité permettant le contact avec des personnes d'âges différents à travers des projets, des rencontres ou des activités communes)

Contes et légendes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Atelier d'art	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>
Atelier de cuisine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Aucun intérêt <input type="checkbox"/>

Suggestions : _____

2.6 Quelle est la principale contrainte à votre participation à des activités de loisirs?

Manque de temps	<input type="checkbox"/>	Accessibilité des lieux	<input type="checkbox"/>
Qualité des services	<input type="checkbox"/>	Incompatibilité des horaires	<input type="checkbox"/>
Coûts d'inscription	<input type="checkbox"/>	L'offre ne correspond pas à mes besoins	<input type="checkbox"/>
Méconnaissance des activités offertes	<input type="checkbox"/>	Autres : _____	
Problème de transport	<input type="checkbox"/>	_____	
Difficulté à trouver un(e) gardien(ne)	<input type="checkbox"/>	_____	

2.7 Vous arrive-t-il de vous promener au parc Rousseau?

Oui Non Aucun intérêt

Si vous avez répondu non, dites-nous pourquoi :

2.8 Comment les installations du parc (à l'arrière du centre communautaire) pourraient-elles être bonifiées?

Ajout de bancs pour s'asseoir	<input type="checkbox"/>	Tables à pique-nique	<input type="checkbox"/>
Meilleur éclairage	<input type="checkbox"/>	Salle de toilette	<input type="checkbox"/>
Bacs à fleurs	<input type="checkbox"/>	Ajout d'une table à langer	<input type="checkbox"/>
Espace ombragé (kiosque, gazebo, etc.)	<input type="checkbox"/>	Autres améliorations : _____	
Améliorer l'accès (sentier, stationnement, etc.)	<input type="checkbox"/>	_____	

2.9 Seriez-vous intéressé(e) à ce que la municipalité aménage un sentier pédestre?

Oui Non Aucun intérêt

2.10 Vous arrive-t-il de fréquenter la salle d'entraînement?

Oui Non Aucun intérêt

Comment pourrait-elle être améliorée?

3 SÉCURITÉ - TRANSPORT

3.1 Aimeriez-vous que des moyens soient pris pour faciliter et inciter les enfants à marcher pour se rendre à l'école?

Oui Non Aucun intérêt

3.2 Est-ce qu'il y a des endroits dans la municipalité où vous craignez de vous déplacer?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, quels sont ces endroits?

3.3 Pour quelles raisons?

Absence d'éclairage ou éclairage insuffisant

Vous craignez pour votre sécurité

Endroit mal aménagé ne favorisant pas le déplacement

Circulation automobile trop grande ou à vitesse rapide

Autres raisons : _____

3.4 Parmi les choix suivants, lesquels de ces services vous intéressent-ils davantage?

Groupe de covoiturage

Services santé de base offerts dans la municipalité sur une base mensuelle (prise de sang, vérification de la pression artérielle, vaccination, etc.)

Sortie de groupe en milieu commercial

Sortie de groupe culturelle, touristique

Autres services : _____

3.5 Que diriez-vous si des citoyens bénévoles vous rendaient occasionnellement visite pour s'assurer que vous êtes en sécurité, pour briser l'isolement?

D'accord En désaccord Aucun intérêt

3.6 Quel service municipal devrait-il être amélioré et pourquoi?

4 SANTÉ ET SERVICES

4.1 Seriez-vous intéressé(e) à faire partie du groupe de médecine de famille (GMF) de Daveluyville? Cette entente permettrait aux citoyens de Sainte-Clotilde-de-Horton d'avoir accès à un médecin de famille.

D'accord En désaccord Aucun intérêt

4.2 Seriez-vous intéressé(e) à obtenir l'un des services suivants?

Service de livraison d'épicerie ou de repas à domicile Oui Non Aucun intérêt

Service de livraison de médicaments à domicile Oui Non Aucun intérêt

Service de bibliothèque mobile (qui se déplace) Oui Non Aucun intérêt

Service de transport pour accompagnement médical Oui Non Aucun intérêt

Service de transport pour besoins personnels Oui Non Aucun intérêt

Autres services : _____

4.3 Si vous avez répondu oui à au moins l'une des questions précédentes, seriez-vous prêt(e) à payer un léger frais pour l'obtention de ce service?

Oui Non

Y a-t-il des priorités et des projets non identifiés dans le questionnaire que vous souhaiteriez nous soumettre?

COUREZ LA CHANCE DE GAGNER UN PRIX

Si vous désirez prendre part au tirage, veuillez inscrire :

Votre nom : _____ Votre numéro de téléphone : _____

Votre adresse courriel : _____

Nous vous rappelons que vous pouvez déposer votre questionnaire complété au bureau municipal à la réceptionniste au 17, Route 122, à Sainte-Clotilde-de-Horton, ou par courriel au loisirs@steclotildehorton.ca. Merci de votre participation!