



SONDAGE SUR LES BESOINS DES AÎNÉS

**CE SONDAGE S'ADRESSE AUX PERSONNES DE 50 ANS
ET PLUS**

**Participez au sondage et courez la
chance de gagner un des prix de
participation**

**Votre confidentialité sera préservée, car vos
coordonnées seront détachées du sondage**

Vous connaître pour mieux vous servir !

La Municipalité du Village de Val-David s'est engagée en 2014 dans la démarche Municipalité amie des aînés (MADA) afin d'adopter une politique et un plan d'action qui vise à adapter les services municipaux à la réalité et aux besoins de ses personnes aînées afin qu'elles demeurent actives au sein de la communauté le plus longtemps possible.

À l'automne 2019, votre Municipalité organisera un forum sur les préoccupations et les besoins des aînés. Afin de bien cibler les préoccupations, nous vous invitons à répondre à ce sondage. Il nous permettra d'offrir un éventail d'activités, d'ateliers, de conférences correspondant à vos besoins.

PROFIL DU RÉPONDANT

Chaque personne du domicile de 50 ans et plus est invitée à participer au sondage. Vous pouvez vous procurer des sondages supplémentaires à la mairie, bibliothèque ou service loisirs.

1. Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?

50-59 ans 60-64 ans 65-69 ans 70-74 ans

75-79 ans 80-84 ans 85 et plus

2. Genre : Femme Homme

3. Êtes-vous :

Actif sur le marché du travail

À la préretraite À la retraite Autre

4. Quel est ou était votre profession ou métier?

5. Depuis combien d'années demeurez-vous à Val-David?

- 1-5 ans 6-10 ans 11-15 ans
16-20 ans 21 et plus

6. Quel est le revenu annuel de votre ménage?

- Moins de 20,000 \$ 21,000 \$ à 35,000 \$
36,000 \$ à 50,000 \$ 51,000 \$ et plus

7. Quel pourcentage de votre revenu allouez-vous au logement (incluant loyer ou hypothèque, chauffage, taxes, assurances)

- Moins de 30 % de votre revenu pour vous loger
Plus de 30 % de votre revenu pour vous loger

8. Êtes-vous

- Propriétaire (résidence principale)
Propriétaire (résidence secondaire)
Locataire
En résidence pour aînés (OHM, Le Havre)

9. Vous vivez

- En couple
Seul (e)
En logement intergénérationnel
Cohabitation
Autre : spécifiez : _____

HABITATION ET ESPACES EXTÉRIEURS

10. Dans les prochaines années, je préfère : (Prioriser de 1 : Important à 4 : Peu important)		
A	Demeurer chez moi	<input type="checkbox"/>
B	En appartement	<input type="checkbox"/>
C	Cohabiter avec d'autres (pour ne pas être seul)	<input type="checkbox"/>
D	En résidence pour personnes âgées	<input type="checkbox"/>

11. Dans l'éventualité où vous désirez rester à domicile :		Oui	Non
A	J'ai le soutien nécessaire autour de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Je connais les services et les ressources disponibles pour mon maintien à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Je voudrais plus d'information sur le maintien à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Je souhaite demeurer à Val-David le plus longtemps possible
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

13. Je préférerais demeurer à Val-David :		
A	En famille	<input type="checkbox"/>
B	Avec d'autres aînés	<input type="checkbox"/>
C	En intergénérationnel	<input type="checkbox"/>
D	Seul	<input type="checkbox"/>

<p>14. Si vous êtes en perte d'autonomie, connaissez-vous les programmes gouvernementaux pour adapter les logements d'habitation</p>
<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>

<p>15. Mon sentiment de sécurité chez moi et dans ma communauté (Qualifier de 1 : En sécurité à 3 : Pas en sécurité)</p>		
A	<p>Je me sens en sécurité chez moi</p> <p>Pourquoi? _____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>
B	<p>Selon vous, est-ce que les infrastructures (trottoirs et rues, traverses) sont sécuritaires et bien entretenues?</p> <p>Pourquoi? _____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>

C	Je trouve que l'éclairage des rues aux intersections et au cœur du village est approprié Pourquoi? _____ _____	<input type="checkbox"/>
----------	--	--------------------------

16. Sentiment de sécurité - aide		Oui	Non
A	Si vous vivez seul, avez-vous une personne sur qui vous pouvez compter en tout temps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Connaissez-vous le programme PAIR (un service d'appel automatisé pour les aînés)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRANSPORT

17. Pour vos déplacements, quels moyens utilisez-vous?		Oui	Non
A	Voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Transport alternatif (taxi, transport adapté, covoiturage, transport collectif)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Transport actif (marche, vélo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Parents et amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Ces transports répondent-ils à vos besoins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F	Seriez-vous intéressé à l'autopartage, soit la location de véhicules à l'heure en libre-service (réf : autonomik.org)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	<p>Quelles sont les améliorations que vous souhaiteriez pour optimiser vos déplacements? (par exemple)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transport collectif et adapté (horaire, circuit, abris-bus) • Vélo (support, sécurité dans les rues, piste cyclable, signalisation, location de vélo électrique) • Covoiturage (meilleures informations, site internet) <p>Décrivez : _____</p> <p>_____</p>		

SANTÉ, VIE RÉCRÉATIVE, PARTICIPATION SOCIALE ET CITOYENNE

18. Je fais de l'activité physique		
A	2 fois ou plus par semaine	<input type="checkbox"/>
B	Une fois par semaine	<input type="checkbox"/>
C	Moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>
D	Aucune	<input type="checkbox"/>

19. Mes endroits préférés pour marcher sont		
A	Au cœur du village	<input type="checkbox"/>
B	Le long de la piste du P'tit train du nord	<input type="checkbox"/>
C	Le parc régional	<input type="checkbox"/>
D	Dans mon voisinage	<input type="checkbox"/>
E	Autre _____	<input type="checkbox"/>

20. La durée de la marche est de :		
A	Plus d'une heure	<input type="checkbox"/>
B	Une heure	<input type="checkbox"/>
C	30 minutes	<input type="checkbox"/>
D	15 minutes	<input type="checkbox"/>

21. Je m'alimente : (Cochez 1 : toujours, 2 : à l'occasion, 3 : jamais)		1	2	3
A	Je cuisine mes repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Je fais livrer des repas préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite question 21. Je m'alimente :

(Cochez 1 : toujours, 2 : à l'occasion, 3 : jamais)

1

2

3

C	Je mange des repas, variés, de bonne qualité et équilibrés (fruits, légumes, céréales et protéines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Je mange des aliments transformés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Au restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Je prends mes repas avec d'autres :

A	1 fois par jour ou plus	<input type="checkbox"/>
B	1 fois par semaine	<input type="checkbox"/>
C	1 fois par mois	<input type="checkbox"/>
D	Jamais	<input type="checkbox"/>

23. Je participe à des activités communautaires :

A	2 fois par semaine ou plus	<input type="checkbox"/>
B	1 fois par semaine	<input type="checkbox"/>
C	1 fois par mois	<input type="checkbox"/>
D	Aucune	<input type="checkbox"/>

24. Quels énoncés vous caractérisent le plus?		Oui	Non
A	Je participe à des activités sociales 1 fois semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Je vois ma famille ou des amis au moins 1 fois semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Je passe la semaine sans voir d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Les activités actuelles offertes par les organismes et le service loisir et culture de la municipalité vous conviennent-elles?

Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

Sinon, pourquoi : _____

26. Quelles activités aimeriez-vous ajouter à l'offre actuelle?

- Activité physique :

- Activité culturelle – artistique :

- Activité de loisir et sociale :

27. Quels sont les énoncés qui vous caractérisent? (Indiquer de 1 : Important à 3 : Peu important)		
A	Je socialise avec les gens de mon âge	<input type="checkbox"/>
B	Je socialise avec ma famille et amis	<input type="checkbox"/>
C	Je socialise avec les gens de tout âge	<input type="checkbox"/>

28. Mon implication		Oui	Non
A	Actuellement, je suis impliqué bénévolement dans la communauté?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Connaissez-vous les endroits où vous pouvez faire du bénévolat ou partager vos connaissances?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	J'aimerais m'impliquer auprès de la communauté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si Oui		
	Petite enfance	<input type="checkbox"/>	
	École	<input type="checkbox"/>	
	Auprès des familles	<input type="checkbox"/>	
	Au sein d'organismes communautaires	<input type="checkbox"/>	
	Auprès des aînés	<input type="checkbox"/>	

29. Vivez-vous une situation de :		
A	Maladies chroniques (AVC, cancer, diabète, infarctus, obésité)?	<input type="checkbox"/>
B	Contraintes fonctionnelles (ex : vue, mobilité réduite, etc.)?	<input type="checkbox"/>
C	Contraintes mentales (ex : Alzheimer, dépression, etc.)?	<input type="checkbox"/>
D	Contraintes financières?	<input type="checkbox"/>

30. Pensez-vous être victime:		Oui	Non
A	D'intimidation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	De maltraitance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	D'âgisme (L'âgisme est un processus par lequel des personnes sont stéréotypées et discriminées en raison de leur âge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Souhaiteriez-vous recevoir de l'information sur ces sujets?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Quel genre de relation entretenez-vous avec votre voisinage?		
A	Je ne les dérange pas	<input type="checkbox"/>
B	Je respecte leur vie privée	<input type="checkbox"/>
C	Je les salue	<input type="checkbox"/>
D	Je me suis présenté	<input type="checkbox"/>
E	J'entretiens de bonnes relations avec mon voisinage	<input type="checkbox"/>
F	Je suis en mesure de demander de l'aide à mes voisins	<input type="checkbox"/>

AIDANTS NATURELS

Membre de la famille ou personne qui vit dans l'entourage immédiat d'un malade ou d'une personne ayant besoin d'assistance et qui assume la responsabilité de l'aide, du soutien et des soins quotidiens (source : Office de la langue française)

32. Quelle est votre situation		Oui	Non
A	Êtes-vous un aidant naturel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Dans votre ménage, y a-t-il un aidant naturel? Si oui, <u><i>l'aidant naturel</i></u> répond aux questions # 33 à # 35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Je suis aidant naturel, j'ai du répit :		
A	1 fois semaine	<input type="checkbox"/>
B	2 fois par mois	<input type="checkbox"/>
C	1 fois par mois	<input type="checkbox"/>
D	Aucun répit	<input type="checkbox"/>

34. Si vous bénéficiez d'un répit, qui vous offre ce répit		Oui	Non
A	Famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Organismes de soutien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lequel? _____			

35. Organismes d'aide aux proches aidants		Oui	Non
A	Connaissez-vous les services offerts par certains organismes pour le répit et le soutien aux aidants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	Si oui, y avez-vous recours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SERVICES DE PROXIMITÉ

36. J'ai un médecin de famille		Oui	Non
A	À Val-Morin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	À Sainte-Agathe,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Ailleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. J'utilise les services du bureau de poste		Oui	Non
A	À Val-Morin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	À Sainte-Agathe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	Les points de service actuel : <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> Me conviennent <input type="checkbox"/> Ne me conviennent pas <input type="checkbox"/> </div>		

38. Autres sujets		Oui	Non
A	Souhaiteriez-vous le service de livraison de l'épicerie de Val-David?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	J'utilise les services de la pharmacie du village (livraison, consultation d'une infirmière, prise de sang..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMUNICATION ET INFORMATION

39. Ma situation est la suivante :		Oui	Non
A	J'ai accès à Internet à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	J'utilise Internet uniquement pour les courriels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	J'aimerais recevoir de la formation pour mieux utiliser Internet et connaître les nouvelles technologies (réseaux sociaux : Facebook, Google home, Skype)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Je consulte le site web de la municipalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Je suis inscrit à l'infolettre de la municipalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	Je connais et consulte au besoin le bottin Services des ressources offert aux aînés de la municipalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G	Je connais et consulte le journal local Ski-se-Dit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Autres sujets		Oui	Non
A	J'ai besoin d'assistance pour magasiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	J'ai besoin d'assistance pour participer aux activités communautaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	J'aurais besoin d'un service de ramassage des gros rebuts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D	<p>J'ai de la difficulté à trouver des gens pour faire des menus travaux (ménage, déneigement, peinture, entretien intérieur-extérieur)</p> <p>Si oui, lesquels</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--	--------------------------	--------------------------

EN VUE DU FORUM

<p>41. Quels sujets vous intéressent le plus?</p> <p>(Priorisez de 1 : très intéressant à 7 : peu intéressant)</p>		
A	Hébergement	<input type="checkbox"/>
B	Maintien à domicile	<input type="checkbox"/>
C	Vieillessement actif et en santé	<input type="checkbox"/>
D	Travail	<input type="checkbox"/>
E	Finances personnelles	<input type="checkbox"/>
F	Solitude	<input type="checkbox"/>
G	Autres : _____	<input type="checkbox"/>

Êtes-vous intéressé à partager votre savoir-faire et vos compétences avec :

La communauté?

Après des enfants (l'heure du conte, aide aux devoirs, gardiennage, répit aux parents?)

Lesquels? _____

Seriez-vous intéressé à participer au prochain forum?

Oui Non

Nous autorisez-vous à communiquer avec vous?

Nom : _____

Téléphone _____

Courriel : _____

Sinon, vous pouvez toujours prendre contact avec nous au :
819 324-5678 poste 4228

mada@valdavid.com

Note. si le sondage a soulevé en vous des inquiétudes ou des préoccupations sur votre condition, veuillez-vous adresser à :

CISSS des Laurentides (Guichet Accès)

819 324-4000 poste 33107

COMMENTAIRES ET AUTRES SUGGESTIONS

SONDAGE SUR LES BESOINS DES AÎNÉS



PRIX DE PARTICIPATION :

- Certificats-Cadeaux Pharmacie Familiprix de Val-David
- Certificat-cadeau Chocolat Smilly
- Abonnement à une activité de loisir du service loisir et culture de la municipalité
- Forfait familial au parc régional
- Brunch pour deux à l'Auberge du Vieux Foyer

Complétez le coupon à l'endos du feuillet avant le 24 avril 2019 pour participer au concours. Découpez et remettre le coupon à la bibliothèque, à la mairie ou au bureau touristique après avoir déposé votre sondage. Vous pouvez aussi le faire parvenir par la poste au : 2579, rue de l'Église, Val-David (Québec) J0T 2N0

MEMBRES DU COMITÉ MADA

Kathy Poulin, Mairesse

Lynne Lauzon, Directrice Loisirs et culture

Pierre-Émile Taillon, Président

Lise Nantel, secrétaire

Paul Laurin

Gilles Bourret

Barbara Strachan

Pour nous joindre :

mada@valdavid.com

819 324-5678 poste 4228

**Découper et remettre au préposé après dépôt du
sondage dûment rempli avant le 24 avril**

COUPON DE PARTICIPATION AU TIRAGE

Nom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Courriel : _____