



## Enquête sur les intérêts et les besoins des seniors de Sierre

La commune de Sierre se préoccupe du bien-être des seniors. Votre avis nous intéresse; nous vous invitons à remplir ce questionnaire (10 minutes). Ces informations, traitées anonymement serviront à améliorer la qualité de vie des 60+. Merci pour votre précieuse collaboration.

### Habitat

#### 1. Où habitez-vous actuellement (résidence principale)?

Dans une maison	Dans un appartement	Dans un logement protégé, adapté	Dans une institution	Autre (caravane, mobil-home...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. Êtes-vous propriétaire ou locataire de votre logement?

Locataire	Propriétaire	Pas concerné-e
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3. De manière générale, vous sentez-vous bien dans votre logement?

Oui	Non	Je ne veux pas répondre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.1. Si non, pour quels motifs:

- Prix du logement excessif
- Logement trop petit
- Logement trop grand
- Accessibilité des aménagements intérieurs (escaliers)
- Nuisances sonores
- Accessibilité aux transports publics difficile ou inexistante
- Manque de proximité avec les commerces
- Absence du réseau familial à proximité du logement
- Absence de contacts sociaux
- Autres

#### 4. Est-ce que votre logement se trouve à proximité des services importants dont vous pourriez avoir besoin? (une réponse par ligne)

	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout	Je ne sais pas
Commerces et services	<input type="checkbox"/>				
Transports	<input type="checkbox"/>				

# Habitat

## 5. Quel est votre niveau de satisfaction concernant l'offre de logements adaptés aux différents besoins des seniors dans la commune ?

Très satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Très insatisfaisant	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>				

# Loisirs, activités

## 6. Actuellement, quelle est la place des centres d'intérêts suivants dans votre vie ? (une réponse par ligne)

	Extrêmement importante	Très importante	Assez importante	Peu importante	Pas du tout importante
Les activités sportives (randonnée, vélo, ski, yoga...)	<input type="checkbox"/>				
Les activités culturelles (cinéma, théâtre, concert, lecture...)	<input type="checkbox"/>				
Les activités récréatives en groupe	<input type="checkbox"/>				
Les voyages	<input type="checkbox"/>				
Les médias, l'information	<input type="checkbox"/>				
L'informatique, les nouvelles technologies, internet, Facebook	<input type="checkbox"/>				
Les activités manuelles (jardinage, bricolage, couture...)	<input type="checkbox"/>				
Les activités spirituelles (méditation, religion...)	<input type="checkbox"/>				
Agriculture, vigne	<input type="checkbox"/>				
Autre : _____	<input type="checkbox"/>				

## 7. Êtes-vous satisfait de l'offre des activités ou des manifestations organisées dans votre commune ?

Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout	Je ne connais pas les offres	Je ne suis pas intéressé-e
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

## 8. Est-ce que ces activités ou manifestations... (une réponse par ligne)

	Oui	Non	Je ne sais pas
...répondent à vos centres d'intérêt, vous plaisent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ont lieu à des moments qui vous conviennent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...se déroulent dans des lieux qui vous sont accessibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sont accessibles financièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bénéficient d'une information claire et suffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ont lieu suffisamment souvent pour vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vous permettent de tisser des liens sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Mobilité, sécurité

## 9. Au cours de la dernière année, à quelle fréquence vous êtes-vous déplacé-e avec les moyens suivants ? (une réponse par ligne)

	Chaque jour	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Au moins une fois par an	Jamais	Pas concerné-e
À pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À vélo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec votre propre voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec une voiture conduite par une autre personne (proche, voisin...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En train	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En bus, car postal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En transport organisé (transport handicap ou autre service bénévole)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (funiculaire, téléphérique, télécabine, bateau...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. Vous sentez-vous en sécurité dans la circulation lorsque vous... (une réponse par ligne)

	Tout à fait en sécurité	Plutôt en sécurité	Plutôt pas en sécurité	Pas du tout en sécurité	Pas concerné-e
...empruntez les trottoirs en tant que piéton	<input type="checkbox"/>				
...devez traverser les routes en tant que piéton (feux de circulation, passages piétons...)	<input type="checkbox"/>				
...circulez à vélo, en trottinette	<input type="checkbox"/>				
...conduisez votre voiture	<input type="checkbox"/>				

## 11. Vous sentez-vous en sécurité dans les lieux suivants... (une réponse par ligne)

	Tout à fait en sécurité	Plutôt en sécurité	Plutôt pas en sécurité	Pas du tout en sécurité	Pas concerné-e
Dans les parcs et les espaces verts	<input type="checkbox"/>				
Dans les bâtiments publics	<input type="checkbox"/>				
A la gare	<input type="checkbox"/>				
A l'arrêt de bus	<input type="checkbox"/>				
Dans le centre-ville/village	<input type="checkbox"/>				
Dans les parkings publics	<input type="checkbox"/>				
Dans les commerces	<input type="checkbox"/>				

# Mobilité, sécurité

## 12. Quel est votre niveau de satisfaction concernant les infrastructures et les services communaux suivants : (une réponse par ligne)

	Très satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Très insatisfaisant	Je ne sais pas
Le nombre de bancs publics	<input type="checkbox"/>				
La localisation des passages piétons	<input type="checkbox"/>				
L'éclairage public	<input type="checkbox"/>				
La sécurité des escaliers	<input type="checkbox"/>				
L'entretien en cas de neige, de gel	<input type="checkbox"/>				
La signalisation des lieux présentant un risque de chute	<input type="checkbox"/>				
Les possibilités de s'asseoir dans les bâtiments publics	<input type="checkbox"/>				
Parcs	<input type="checkbox"/>				
Sentiers de randonnée et de promenade	<input type="checkbox"/>				

## 13. Comment jugez-vous... (une réponse par ligne)

	Très bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Très mauvaise	Je ne sais pas
...l'accessibilité des lieux publics	<input type="checkbox"/>				
...l'accessibilité des bâtiments publics	<input type="checkbox"/>				
...la localisation des services publics	<input type="checkbox"/>				

## 14. L'offre actuelle en matière de transports publics sur la commune est-elle adaptée à vos besoins ?

Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 15. En lien avec l'offre en matière de transports publics, comment jugez-vous dans l'ensemble... (une réponse par ligne)

	Très satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt insatisfaisant	Très insatisfaisant	Je ne sais pas
...l'organisation des arrêts (nombre, lieu)	<input type="checkbox"/>				
...l'aménagement et l'entretien des arrêts (abris, bancs...)	<input type="checkbox"/>				
...la facilité à trouver l'information (horaires, destinations...) et la compréhension de ces informations	<input type="checkbox"/>				
...la facilité à entrer et à sortir du bus ou du car (rollator...)	<input type="checkbox"/>				
...la facilité à se procurer un titre de transport	<input type="checkbox"/>				
...les tarifs pratiqués	<input type="checkbox"/>				

# Conditions de vie, environnement social

## 16. Comment votre ménage est-il composé ?

Je vis seul-e	Avec mon/ma conjoint-e et les enfants	Seulement avec mon/ma conjoint-e	Seulement avec les enfants	Avec d'autres personnes spécifiez : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 17. Dans votre environnement proche, à quelle fréquence avez-vous des contacts avec... ?

(une réponse par ligne)

	Chaque jour	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Au moins une fois par an	Jamais	Pas concerné-e
...votre famille (hors votre ménage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vos ami-e-s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vos voisin-e-s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...des personnes de tous les âges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 18. Au cours de la dernière année, vous êtes-vous senti-e seul-e ?

Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Je ne veux pas répondre
<input type="checkbox"/>				

## 19. Pour les activités de la vie quotidienne, à quelle fréquence bénéficiez-vous du soutien de... ?

(une réponse par ligne)

	Chaque jour	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Au moins une fois par an	Jamais	Pas concerné-e
...votre famille (hors votre ménage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vos ami-e-s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vos voisin-e-s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...des tiers (CMS...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 20. Dans quelle mesure ces thématiques représentent-elles une préoccupation pour vous ?

	Tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Pas du tout
Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lien social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Santé, soins

## 21. L'offre pharmaceutique et médicale est-elle suffisante dans ma commune ?

	Oui	Non	Je ne connais pas	Pas concerné-e
Pharmacie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 22. Avez-vous un médecin de famille ?

Oui	Non	Je ne veux pas répondre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 22.1 Si oui, votre médecin de famille se trouve-t-il sur le territoire communal ?

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

## 23. Avez-vous facilement accès aux prestations liées à votre santé à proximité ou au sein de votre commune ? (une réponse par ligne)

	Oui	Non	Je ne connais pas	Pas concerné-e
Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin spécialiste (dentiste, ORL...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spécialiste de la santé (physio, ergo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins à domicile / CMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMS longs séjours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMS courts séjours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Structures de soins de jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maison de la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (transport, ménage, courses, repas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Informations, services communaux

## 24. Les informations officielles données par la commune sont... (une réponse par ligne)

	Oui	Non	Je ne sais pas
...une réponse à mes besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...lisibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...claires et compréhensibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...complètes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...utiles et pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...facilement accessibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...coordonnées et centralisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Bénévolat formel/informel

**25. A quelle fréquence pratiquez-vous les activités bénévoles (sans rémunération) suivantes :**  
(une réponse par ligne)

	Chaque jour	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Au moins une fois par an	Jamais	Pas concerné-e
...garder vos petits-enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...accompagner, aider et soutenir un membre de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...accompagner, aider et soutenir une personne hors de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...s'engager dans une action bénévole dans un organisme officiel reconnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...effectuer du bénévolat dans une association locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...effectuer du bénévolat dans une entreprise locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...effectuer du bénévolat pour la commune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...effectuer du bénévolat pour l'église	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26. Connaissez-vous les possibilités de vous engager en tant que bénévole au sein de la commune (ou lorsque vous aurez cessé votre activité professionnelle si vous êtes encore actif/ve) ?**

Oui	Non	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27. Êtes-vous intéressé-e à mettre vos compétences et votre savoir au service de la communauté ?**

Oui	Non	Je ne sais pas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vous souhaitez vous engager en qualité de bénévole auprès de votre commune ?

Différentes possibilités s'offrent à vous !

Vous pouvez, par exemple, devenir moniteur de sport 60+, vous engager auprès d'un groupe d'aînés, livrer des repas à domicile...

Intéressé-e ? Contactez Pro Senectute Valais-Wallis au tél. **027 322 07 41** ou par courriel à [info@vs.prosenectute.ch](mailto:info@vs.prosenectute.ch) pour une première information.

Nous nous réjouissons de vous accueillir !

# Place pour vos réflexions personnelles

---

Ce qui manque, spécialement en tant que senior, dans ma commune ou dans mon quartier :

---

---

---

---

---

---

Ce qui me plaît, en tant que senior dans ma commune ou dans mon quartier :

---

---

---

---

---

---

## Pour finir, nous souhaiterions mieux vous connaître

---

Dans quel quartier habitez-vous ?

Noës

Granges

Muraz

Sierre ouest

(depuis le National, route de Sion 1, direction Sion : Glariers, Rossfeld, Daval, Les Liddes, Condémines, Villa)

Sierre est

(depuis de le National, direction Brig : Plantzette, Goubing, Cloux-Rossier, Borzuat, Glarey, centre-ville, Sous-Géronde)

Autre, merci de préciser : \_\_\_\_\_

Quel est votre sexe ?

Homme

Femme

Quel est votre âge ?

60-65

66-70

71-75

76-80

81-85

86-90

91-95

96 et plus

Quelle est votre nationalité ?  Suisse

Autres nationalités

Depuis quand vivez-vous en Suisse ?

<10 ans  10<20 ans  20<30 ans  >30 ans

Depuis quand vivez-vous dans la commune ?

<5 ans  <10 ans  10<20 ans  20<30 ans  >30 ans

Ce questionnaire est à envoyer ou à déposer dans la boîte communale à l'adresse suivante :

Hôtel de Ville

Rue du Bourg 14 · Case postale 96 · 3960 Sierre

***Nous vous remercions pour votre collaboration !***