



VOUS AVEZ 65 ANS OU PLUS,  
VOTRE AVIS NOUS INTERESSE

## VIVRE ET HABITER À HUTTENDORF

### Un engagement de l'équipe municipale pour le bien-être de nos seniors.

La commune de Huttendorf, en lien avec des communes voisines\*, souhaite développer une politique à destination des seniors.

Pour ce faire, nous souhaiterions mieux connaître vos besoins et vos préoccupations liés à votre logement, à votre vie quotidienne, à vos loisirs...

C'est pourquoi nous avons décidé de lancer une enquête auprès de l'ensemble des seniors de la commune et nous vous remercions de bien vouloir y répondre.

Par votre implication, vous contribuerez à notre réflexion pour mettre en place des actions au plus près de vos besoins.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Bien cordialement,  
Votre Maire  
Francis KLEIN



**RETOUR ATTENDU POUR LE : 15 SEPTEMBRE 2023**

*Cette enquête s'adresse à l'ensemble des habitants de 65 ans et + de la commune.*

**Le traitement des résultats sera strictement anonyme.**

*L'enquête peut être complétée en ligne sur le site de la commune ou en suivant l'adresse ci-dessous :*  
<http://www.lecompas.fr/doc/bien-veillir.php>

*Si vous complétez la version papier, merci de bien vouloir la déposer en mairie*

*\* Communes participantes à la démarche : Batzendorf, Berstheim, Dauendorf, Hochstett, Huttendorf, Morschwiller, Niederschaeffolsheim, Ohlungen, Schweighouse-sur-Moder, Uhlwiller, Wahlenheim, Wintershouse et Wittersheim ; en partenariat avec la Collectivité Européenne d'Alsace*

Si vous vivez en couple, il suffit de remplir ensemble un seul questionnaire.

Si vous remplissez le questionnaire pour un proche, cochez la case suivante  et précisez votre lien avec la personne : \_\_\_\_\_

## MIEUX VOUS CONNAITRE :

**Vous-êtes ?**

Une femme  Un homme

**Quelle est votre année de naissance ?** \_\_\_\_\_

**Si vous vivez en couple quelle est l'année de naissance de votre conjoint(e)/compagne (compagnon) ?**

\_\_\_\_\_

**Votre commune de résidence ?** \_\_\_\_\_

**Quelle est votre situation familiale ?**

Célibataire  Veuf(veuve)  
 Vie en couple

**Avez-vous des enfants ?**

Oui  Non

**Si oui combien ?** \_\_\_\_\_

**L'un de vos enfants vit-il avec vous ?**

Oui  Non

**Vivent-ils à proximité ? Précisez**

*(réponses multiples possibles si plusieurs enfants)*

Dans la commune  Dans une commune proche/voisine  
 Dans le Bas-Rhin  En Alsace  
 En dehors de la région, en France métropolitaine  A l'étranger

## VOTRE LOGEMENT

**Vous êtes ?**

Propriétaire  Locataire hors logement social  
 Locataire en logement social  Hébergé (par qui ? Précisez : \_\_\_\_\_)

**Il s'agit...**

D'une maison individuelle  D'un appartement

**Combien de pièces compte votre logement ?** \_\_\_\_\_

**Votre logement est-il accessible de plain-pied ?** (sans marche pour y accéder)

Oui  Non

**Etes-vous satisfait(e) de votre logement ?**

Tout à fait  Plutôt  Pas trop  Pas du tout

**Si vous n'êtes « pas trop » ou « pas du tout » satisfait de votre logement, pour quelles raisons ?**

*(plusieurs réponses possibles)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Présence d'escaliers             | <input type="checkbox"/> Etages et/ou absence d'ascenseur  |
| <input type="checkbox"/> Logement trop grand              | <input type="checkbox"/> Logement trop petit               |
| <input type="checkbox"/> Logement trop cher               | <input type="checkbox"/> Toilettes inadaptés               |
| <input type="checkbox"/> Entretien du terrain             | <input type="checkbox"/> Salle de bains inadaptée          |
| <input type="checkbox"/> Voisinage                        | <input type="checkbox"/> Eloignement des commerces         |
| <input type="checkbox"/> Eloignements des administrations | <input type="checkbox"/> Eloignement des services de soins |
| <input type="checkbox"/> Autres ? Précisez : _____        |  |

**Avez-vous réalisé des travaux d'aménagement pour adapter votre logement ?**

- Oui       Non

**Si oui, sur quels éléments ont porté les améliorations ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> La salle de bain     | <input type="checkbox"/> Les toilettes           |
| <input type="checkbox"/> La chambre à coucher | <input type="checkbox"/> La cuisine              |
| <input type="checkbox"/> Les escaliers        | <input type="checkbox"/> Autres ? Précisez _____ |

**Si oui, avez-vous bénéficié d'une aide financière pour réaliser ces travaux d'aménagement ?**

- Oui       Non       Je ne souhaite pas répondre

**Avez-vous réalisé des travaux d'amélioration énergétique ?**

- Oui       Non

**Si oui, sur quels éléments ont porté les améliorations ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Isolation               | <input type="checkbox"/> Système de chauffage |
| <input type="checkbox"/> Fenêtres                |   |
| <input type="checkbox"/> Autres ? Précisez _____ |   |

**Si oui, avez-vous bénéficié d'une aide financière pour réaliser ces travaux d'amélioration énergétique ?**

- Oui       Non       Je ne souhaite pas répondre

## À L'AVENIR

**Si vous aviez le choix, vous souhaiteriez :**

*(plusieurs réponses possibles)*

- Vieillir à mon domicile actuel sans faire d'aménagements
- Vieillir à mon domicile actuel mais des aménagements seraient nécessaires
- Vieillir dans un autre logement, plus petit, mieux adapté...
- Vieillir dans une résidence seniors
- Vieillir dans un EHPAD
- Vieillir au domicile d'un membre de ma famille
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Si vous deviez déménager :**

➤ **Pouvez-vous indiquer les raisons :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➤ **Souhaitez-vous rester dans la commune :**

- Oui       Non       Je ne sais pas

➤ **Souhaitez-vous :**

- Louer       Acheter       Je ne sais pas

➤ **Dans combien de temps :**

- Dès que possible/besoin urgent       D'ici 1 ou 2 ans       Plus tard

➤ **Combien de pièces devrait comporter votre futur logement ? \_\_\_\_\_**

## VOTRE QUOTIDIEN/ VOTRE VIE SOCIALE

**Parlez-vous à vos voisins :**

- Oui régulièrement       Oui à l'occasion       Non pas trop       Non jamais

**Avez-vous été aidé par un voisin dans les 12 derniers mois :**

- Oui       Non

Si oui, en quoi vous a-t-il aidé ? \_\_\_\_\_

**Vous-même, avez-vous aidé un voisin dans les 12 derniers mois :**

- Oui       Non

Si oui, comment l'avez-vous aidé ? \_\_\_\_\_

**Vous sentez-vous seul :**

- Souvent       Parfois       Rarement       Jamais

**Rencontrez-vous et recevez-vous des personnes à votre domicile :**

- Oui       Non

**Si vous avez des enfants, à quelle fréquence les voyez-vous :**

- Tous les jours       Toutes les semaines       Tous les mois  
 Tous les trimestres       Tous les ans       Jamais

**Vous aident-ils dans vos activités :**       Oui       Non

➤ **Si oui, à quoi vous aident-ils : (plusieurs réponses possibles)**

- Ménage       Courses       Papiers administratifs  
 Toilette       Soins       Autres : \_\_\_\_\_

**Diriez-vous dans l'ensemble que votre moral est :**

- Excellent       Très bon       Bon       Mauvais       Très mauvais       Je ne sais pas

**Diriez-vous dans l'ensemble que votre santé est :**

- Excellente       Très bonne       Bonne       Mauvaise       Très mauvaise       Je ne sais pas

**Ressentez-vous des difficultés pour la réalisation des tâches quotidiennes :**

- Préparer vos repas :       Oui       Non  
Faire le ménage :       Oui       Non  
A prendre soin de vous :       Oui       Non  
Réaliser vos démarches administratives :       Oui       Non  
Gérer votre budget :       Oui       Non

**Financièrement, diriez-vous que :**

- Je ne souhaite pas répondre
  
- Vous êtes à l'aise
- Cela va
- C'est juste, il faut faire attention
- Vous y arrivez difficilement
- Vous n'y arrivez pas

**Vie sociale/activités**

**Êtes-vous inscrit(e) à un (ou plusieurs) club(s) ou association(s) :**

- Oui
- Non

Si oui, lequel/lesquels :

---

---

**Si oui, quel type d'activité(s) pratiquez-vous :**

*(plusieurs réponses possibles)*

- Sportive
- Culturelle
- Loisir créatif
- Loisir-détente
- Autres : \_\_\_\_\_

**Si non, pourquoi :**

---

---

**Êtes-vous bénévole dans une association ?**

- Oui
- Non

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

**Mobilité**

**Le plus généralement, comment vous déplacez-vous :**

*(plusieurs réponses possibles)*

- Avec ma voiture personnelle
- En voiture mais comme passager
- Avec les transports en commun
- En taxi
- Avec un service de transports spécialisés pour personnes âgées
- Vélo, moto...
- A pieds
- Je ne me déplace plus

**Pour quelles raisons vous déplacez-vous :**

- Les courses
- Les loisirs et la culture
- La famille/les amis
- Les rendez-vous médicaux
- La vie associative
- Autre (préciser : \_\_\_\_\_)

**Utilisez-vous le réseau de transport en commun RITMO :**

- Oui
- Non

**RITMO, vous semble-t-il adapté à vos besoins :**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Précisez ?

---

---

## Accès et usage du numérique

Disposez-vous d'un accès personnel à Internet :

- Oui       Non

Disposez-vous d'un équipement numérique personnel :

*(plusieurs réponses possibles)*

- Ordinateur       Tablette       Smartphone

Vous sentez-vous à l'aise en général avec un ordinateur et Internet :

- Oui       Non

Si non, précisez pourquoi \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà effectué des démarches administratives sur Internet :

- Oui       Non

➤ Si oui, avez-vous été aidé dans vos démarches :

- Oui       Non

Si oui, par Qui ? \_\_\_\_\_

Si vous deviez accomplir la plupart de vos démarches administratives sur Internet, seriez-vous :

- Très inquiet       Assez inquiet       Peu inquiet       Pas du tout inquiet

Seriez-vous intéressé par des initiations ou des formations :

- oui       Non

## Commerces/services/équipements de proximité

Selon vous, quels sont les commerces/services/équipements de proximité qui manquent dans votre commune :

*(plusieurs réponses possibles)*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Un bureau de poste     | <input type="checkbox"/> Une banque/un distributeur |
| <input type="checkbox"/> Un coiffeur            | <input type="checkbox"/> Une alimentation générale  |
| <input type="checkbox"/> Un café                | <input type="checkbox"/> Un restaurant              |
| <input type="checkbox"/> Un médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Une pharmacie              |
| <input type="checkbox"/> Un(e) infirmier(e)     | <input type="checkbox"/> Un centre social           |
| <input type="checkbox"/> Un(e) kiné             | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____    |
| <input type="checkbox"/> Une bibliothèque       |   |

Les commerces/services/équipements dont vous avez besoin sont-ils selon vous facilement accessibles ?

- Oui       Non

Si non, pourquoi :

---

---

---

---

## POUR CONCLURE

**Pour vous, une commune/un territoire où il fait bon vieillir, c'est principalement un endroit où l'on peut :** *(5 Réponses maximum possibles)*

Lien social

- Être en contact avec des personnes de ma génération
- Être en contact avec des personnes de toutes les générations
- Disposer d'un lieu de rencontre (café, café associatif, foyer, club senior)

Mobilité

- Être en mesure de se déplacer facilement (pour aller faire ses courses, rendre visite à ses proches...)

Culture loisirs, sport

- Profiter de lieux culturels tels que des bibliothèques, des théâtres, des cinémas, des musées, des expositions
- S'inscrire dans des activités de loisirs sportifs ou culturels adaptés

Cadre de vie

- Profiter d'espaces de promenades (espaces verts, bancs publics, vastes trottoirs avec la possibilité de s'asseoir)
- Vivre dans un environnement sans trop de pollution

Habitat

- Vivre dans un logement adapté, avec tout le confort moderne

Citoyenneté

- S'investir, bénévolement dans des associations d'entraide ou de solidarité
- Se sentir intégré et respecté dans sa commune

Santé/autonomie

- Disposer de tous les services médicaux à proximité
- Bénéficier de services à la personne (aide à la personne, portage de repas...)

Equipement

- Bénéficier de tous les commerces à proximité

Sécurité

- Se sentir en sécurité lorsqu'on sort de chez soi

