



GRANDE ENQUÊTE

Votre avis nous intéresse !

Votre communauté de communes souhaite mieux connaître vos besoins et vos attentes.

Pourquoi ? Pour engager une réflexion sur les services proposés à la population, adapter les actions et services existants et développer de nouveaux projets.

Vous avez jusqu'au 10 octobre 2023 pour déposer ce questionnaire dans la boîte à lettres de votre mairie ou dans celle de la communauté de communes.

Vous pouvez également :

- télécharger ce sondage sur le site www.foret-lac-terres-en-champagne.fr
- nous le transmettre par mail à cdc.piney@ccpiney.fr

À PROPOS DE VOUS

1 - VOUS ÊTES :

- Une femme
- Un homme
- Ne souhaite pas répondre

2 - QUEL ÂGE AVEZ-VOUS ?

- Entre 11 et 20 ans
- Entre 21 et 30 ans
- Entre 31 et 50 ans
- Plus de 51 ans

3 - QUELLE EST LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER ?

- Couple sans enfant
- Couple avec enfant(s)
- Mère / père seul(e) avec enfant(s) à charge
- Personne seule

EMPLOI

5 - QUELLE EST VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE ?

- Actif en emploi
- Actif en recherche d'emploi
- Sans activité professionnelle
- Retraité
- Collégien, lycéen, étudiant
- Mère / Père au foyer
- Autres (précisez) :
-

CADRE DE VIE

7 - RESSENTEZ-VOUS UN SENTIMENT D'ISOLEMENT ?

- Oui, souvent
- Oui, de temps en temps
- Rarement
- Jamais

4 - SI VOS ENFANTS VIVENT AVEC VOUS, COMBIEN EN AVEZ-VOUS ?

- Moins de 3 ans :
- 3 - 11 ans :
- 11 - 18 ans :
- 18 - 25 ans :

6 - SI VOUS ÊTES EN RECHERCHE D'EMPLOI, QUELS SONT LES FREINS À L'OBTENTION D'UN EMPLOI ?

- Transports
- Offres ne correspondant pas à vos qualifications
- Horaires incompatibles avec votre vie personnelle
- Problématique d'accessibilité : mobilité réduite, handicap
- Nombres d'heures proposées incompatibles avec votre mode de vie
- Autres :
- Aucun



8 - QUELLES SONT VOS PRINCIPALES PRÉOCCUPATIONS AU QUOTIDIEN ?

(Plusieurs réponses possible)

- Mon emploi, des difficultés professionnelles
- Mon logement
- L'école, les études
- La garde de mes enfants (modes de garde, périscolaire, cantine,...)
- La relation avec mon / mes enfants
- Les transports
- Ma vie sociale, le lien avec mon entourage
- Ma sécurité et celle de mes proches
- L'accès à la culture, aux loisirs, au sport
- Mon budget, mon pouvoir d'achat
- Ma santé, mon bien-être et celui de mes proches
- La perte d'autonomie, l'adaptation de mon logement, la dépendance
- Le bien-vieillir
- L'accès à mes droits sociaux (prestations sociales notamment)
- La maîtrise de la langue
- Autres raisons (précisez) :

.....

LOGEMENT

ET ENVIRONNEMENT SOCIAL

9 - ÊTES-VOUS :

- Propriétaire
- Locataire d'un logement privé
- Locataire d'un logement social
- Hébergé(e)
- Autre (précisez) :

.....

10 - VOTRE LOGEMENT CORRESPOND-IL À VOS BESOINS ?

- Oui
- Non

11 - SI VOTRE LOGEMENT NE CORRESPOND PAS À VOS BESOINS, QUELLES SONT LES PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES ?

- Financier
- Administratif
- Taille du logement
- Inconfort / insalubrité / humidité
- Quartier / voisinage
- Non adapté à une situation de handicap
- Autre (précisez) :

.....

SITUATION FINANCIÈRE

12 - D'UNE MANIÈRE GÉNÉRALE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS RENCONTREZ DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES ?

- Oui
 Non

13 - SI VOUS RENCONTREZ DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES, VOUS ARRIVE-T-IL DE :

	Non	Oui, ça m'est arrivé une fois	Oui, ça m'arrive quelques fois	Oui, ça m'arrive souvent
Réduire vos dépenses de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduire vos achats alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retarder le paiement d'un loyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduire vos loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avoir recours à des associations caritatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DÉMARCHES ADMINISTRATIVES

ET ACCÈS AUX DROITS



14 - ESTIMEZ-VOUS RENCONTRER DES DIFFICULTÉS DANS LA RÉALISATION DE VOS DÉMARCHES ADMINISTRATIVES ?

- Oui
 Non

15 - PENSEZ-VOUS ÊTRE BIEN INFORMÉ ET TROUVER FACILEMENT L'INFORMATION SUR VOS PROJETS ?
(ex : prestations familiales, APL, revenu de solidarité,...)

- Oui
 Non
 Je ne bénéficie pas de prestations sociales

**16 - AVEZ-VOUS DÉJÀ RENONCÉ À
UNE DÉMARCHE ADMINISTRATIVE
LIÉE À L'OBTENTION D'UNE AIDE OU
D'UNE PRESTATION SOCIALE ?**

- Oui
 Non

17 - SI OUI, VOUS POUVEZ PRÉCISER ?

- Je manque d'informations
 J'ai du mal à identifier la
bonne structure à contacter
 Je n'arrive pas à contacter
mon interlocuteur
 La démarche se fait sur
internet et je ne maîtrise pas
bien l'outil informatique
 Je ne peux pas me déplacer
 J'ai des difficultés de
compréhension
 Autre (précisez) :

**18 - EN CAS DE DIFFICULTÉS SOCIALES,
VERS QUI VOUS TOURNEZ-VOUS EN
PRIORITÉ ?**

- Mon entourage (famille, amis)
 Ma mairie / le CCAS
 L'assistant social du Conseil
départemental
 L'administration concernée
 Les associations caritatives
 Internet / les réseaux sociaux
 Le Bus France services
 Je ne sais pas vers qui me
tourner / je n'ai personne vers
qui me tourner
 Autre (précisez) :

MOBILITÉ

**19 - AU QUOTIDIEN, EST-IL FACILE
POUR VOUS DE VOUS DÉPLACER
POUR FAIRE VOS COURSES, ALLER À
LA PHARMACIE, VOIR DES AMIS ?**

- Oui
 Non

**20 - SI VOUS RENCONTREZ DES
PROBLÈMES DE MOBILITÉ, À QUOI CES
DERNIERS SONT-ILS DUS ?**

- Je n'ai pas le permis de conduire
 Je n'ai pas de véhicule
 Mon lieu d'habitation est mal
desservi
 J'ai un problème de santé, un
handicap qui freine ma mobilité
 Autre (précisez) :

**21 - UTILISEZ-VOUS CES MODES DE
DÉPLACEMENT ?**

- Vélo
 Trottinette
 Transport en commun
 Covoiturage
 Autre :



22 - VOUS, OU UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE, PRATIQUEZ DES ACTIVITÉS CULTURELLES, SPORTIVES OU DE LOISIRS SUR LE TERRITOIRE DE LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES ?

- Oui
- Non

23 - SI NON, POURQUOI ?

- Horaires pas adaptés
- Manque de temps
- Manque de choix
- Trop éloigné du domicile
- Difficultés de déplacement
- Coût financier
- Je pratique sur un autre territoire
- Autre (précisez) :
-

24 - FRÉQUENTEZ-VOUS LES STRUCTURES CULTURELLES DE LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES ?

(médiathèques, musées)

- Oui, chaque semaine
- Oui, chaque mois
- Oui, chaque trimestre
- Oui, une ou deux fois par an
- Oui, moins souvent
- Non, jamais

25 - SOUHAITERIEZ-VOUS VOIR SE DÉVELOPPER UNE ACTIVITÉ OU UN ÉQUIPEMENT DE LOISIRS ET/OU DE SPORT ?

- Oui
- Non

26 - SI OUI, LESQUELLES ?

.....

.....

.....

.....

27 - ÊTES-VOUS ENGAGÉ DANS DES ACTIONS BÉNÉVOLES DANS LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES ?

- Oui
- Non

28 - SI NON, POURQUOI ?

- Je n'en ai pas envie
- Je n'ai pas le temps
- Je ne connais pas les associations du territoire
- Je n'ose pas proposer mon aide
- Autre (précisez) :
-

29 - AVEZ-VOUS UNE COUVERTURE SOCIALE ?

- Oui, Sécurité sociale et assimilée
- Oui, Complémentaire santé solidaire
- Non

30 - AVEZ-VOUS UNE COMPLÉMENTAIRE MUTUELLE SANTÉ ?

- Oui
- Non

31 - AVEZ-VOUS UN MÉDECIN TRAITANT ?

- Oui
- Non

32 - SI VOUS N'AVEZ PAS DE MÉDECIN TRAITANT, POURQUOI ?

- Je ne trouve pas de médecin qui accepte de nouveaux patients
- Je ne trouve pas de médecin qui me convienne
- Je n'en vois pas l'intérêt
- Autre (précisez) :
-

33 - VOUS EST-IL DÉJÀ ARRIVÉ DE RENNONCER À CONSULTER UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ ?

- Oui
- Non

34 - SI OUI, POURQUOI ?

- Le prix est trop élevé, je n'ai pas de mutuelle
- J'ai des difficultés à m'y rendre
- Les délais d'attente sont trop longs
- Les horaires proposés ne me conviennent pas
- Ma sécurité sociale n'est pas à jour
- Autre (précisez) :



35 - ÊTES-VOUS EN SITUATION DE HANDICAP OU UN MEMBRE DE VOTRE FOYER EST-IL EN SITUATION DE HANDICAP ?

- Oui (veuillez passer à la question suivante)
- Oui (veuillez passer à la page suivante)

36 - SI OUI, QUE PENSEZ-VOUS DES AFFIRMATIONS SUIVANTES ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Les activités / services proposés par la CDC sont accessibles pour les personnes en situation de handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les activités associatives, sportives et culturelles sont accessibles pour les personnes en situation de handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les déplacements sont faciles (réseau adapté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sais vers qui me tourner pour obtenir des renseignements ou bénéficier d'un accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37 - AVEZ-VOUS DES COMMENTAIRES ?

.....

.....

.....

.....

Si vous avez plus de 65 ans, veuillez répondre à ces questions puis passer à la dernière page.

Si vous avez moins de 65 ans, veuillez passer à la page suivante.

Si vous êtes parent d'un enfant vivant à votre domicile, veuillez répondre à ces questions.

Si ce n'est pas le cas, veuillez passer à la dernière page.

POUR LES SENIORS

1 - CONNAISSEZ-VOUS LES ACTIVITÉS PROPOSÉES POUR LES SÉNIORS SUR LE TERRITOIRE DE LA CDC ?

(activités sportives, colis et repas des séniors, associations,...)

- Oui
 Non

2 - PRATIQUEZ-VOUS UNE ACTIVITÉ SUR LE TERRITOIRE DE LA CDC ?

- Oui, laquelle
- Non

3 - VERS QUI VOUS TOURNEZ-VOUS PRINCIPALEMENT EN CAS DE DIFFICULTÉS ?

(3 réponses maximum)

- Vers mes amis
- Vers ma famille
- Vers le voisinage
- Vers mon médecin traitant ou autre professionnel de santé
- Vers les services publics (mairie, Bus France services, CCAS)
- Je ne sais pas vers qui me tourner
- Autre (précisez) :
-

POUR LES PARENTS

1 - QUELLES SONT VOS PRINCIPALES PRÉOCCUPATIONS CONCERNANT VOTRE / VOS ENFANT(S) ?

- Le développement de l'enfant
- L'éducation
- La vie affective
- La scolarité / l'aide aux devoirs
- L'orientation de mon enfant dans ses études / vie professionnelle
- La communication parent/enfant
- L'exercice de l'autorité parentale
- Les conduites addictives
- La violence
- La santé
- Autre (précisez) :

2 - AVEZ-VOUS CONNAISSANCE D' ACTIONS MENÉES PRÈS DE CHEZ VOUS EN MATIÈRE D' ACCOMPAGNEMENT À LA PARENTALITÉ ?

- Oui, laquelle
- Non

3 - EN TANT QUE PARENT, RESSENTEZ-VOUS LE BESOIN D'ÊTRE ACCOMPAGNÉ DANS VOTRE RÔLE PARENTAL ?

- Oui
- Non
- Si oui, quels sont vos besoins :
-

4 - LORSQUE VOUS AVEZ UN SOUCI, UNE QUESTION SUR VOTRE RÔLE DE PARENTS, VERS QUI VOUS TOURNEZ-VOUS ?

- Famille/amis
- Médecin/pédiatre/psychologue
- Mairie/CCAS
- Ecole
- Professionnels accueils de loisirs
- Services du Département, PMI
- Professionnels de la Petite enfance : crèches, assistantes maternelles,...
- Associations
- Je ne sais pas vers qui me tourner
- Autre (précisez) :
.....

5 - À VOTRE AVIS, QUELS SUJETS LA CDC POURRAIT INVESTIR EN PRIORITÉ POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES ?

- Les loisirs
- Les pratiques artistiques / la culture
- L'accès à l'emploi / l'orientation professionnelle
- L'accès aux études supérieures
- La mobilité / l'accès au permis de conduire
- L'accès au logement
- La citoyenneté
- L'aide à la scolarité
- La prévention des addictions et la délinquance
- Autre (précisez) :

PETITE ENFANCE

Si vous êtes parent d'un enfant de 0 à 3 ans, veuillez répondre à ces questions.

1 - QUEL EST LE MODE D'ACCUEIL ACTUEL DE VOTRE/VOS ENFANT(S) ?

- Crèche ou micro-crèches
- Assistant maternel
- Vous, votre famille, votre entourage
- Mon enfant est scolarisé
- Autre (précisez) :
.....

ENFANCE

1 - VOTRE/VOS ENFANT(S) FRÉQUENTE(NT)-IL(S) LES ACCUEILS DE LOISIRS PROPOSÉS PAR LA CDC ? (matin, midi, soir, mercredis, Vacances scolaires)

- Oui
- Non

2 - SI VOTRE MODE DE GARDE NE RÉPOND PAS À VOS BESOIN,

POURQUOI ?

- Horaires inadaptés
- Conditions d'accueil
insatisfaisantes
- Tarifs trop élevés
- Trop éloigné du domicile
- Pas adapté à mon enfant en
situation de handicap

3 - COMMENT AVEZ-VOUS TROUVÉ CE MODE D'ACCUEIL ?

- Mairie / intercommunalité
- CAF / MSA
- Par la crèche
- Par un assistant maternel
- Par le bouche à oreille
- Par la PMI
- Autre :

3 - CE MODE D'ACCUEIL RÉPOND-IL À VOS BESOINS ?

- Oui
- Non

4 - POUR VOUS, LE MODE D'ACCUEIL IDÉAL C'EST AVANT TOUT...

(3 réponses maximum)

- Le même tout le temps
- Près de votre domicile
- Près de votre lieu de travail
- Facile à gérer d'un plan
administratif
- L'occasion d'échanger avec
d'autres parents
- L'occasion d'échanger avec des
professionnels
- L'occasion de préparer mon
enfant à son entrée à l'école
- Un temps de répit pour les
parents
- Autre :

Si vous êtes parent d'un enfant de 3 à 15 ans, veuillez répondre à ces questions.

2 - SI VOTRE MODE DE GARDE NE RÉPOND PAS À VOS BESOIN,

POURQUOI ?

- Horaires inadaptés
- Conditions d'accueil
insatisfaisantes
- Tarifs trop élevés
- Trop éloigné du domicile
- Pas adapté à mon enfant en
situation de handicap

3 - ÊTES-VOUS SATISFAIT DE CES SERVICES ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

.....

.....

ET POUR FINIR ...

QU'AIMEZ-VOUS SUR LE TERRITOIRE DE LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES ?

.....

.....

.....

.....

.....

**QUE FAUT-IL AMÉLIORER, QUE MANQUE-T-IL SUR LE TERRITOIRE DE LA
COMMUNAUTÉ DE COMMUNES ?**

.....

.....

.....

.....

.....

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

