



**Madame, Monsieur,**

**Soucieuse de soutenir l'ensemble de ses concitoyens et de leur apporter des solutions adaptées à leur quotidien, la Ville d'Arpajon mène une étude importante pour l'avenir du territoire.**

**Celle-ci permet de connaître vos besoins actuels tout en anticipant vos besoins futurs.**

**Votre participation permettra ainsi d'apporter des solutions adaptées à votre quotidien par l'intermédiaire de son Centre Communal d'Action Sociale (CCAS).**

**Quelques minutes suffisent à compléter ce questionnaire.**



**Votre avis compte, partagez-le !**

Les réponses sont à compléter pour le **vendredi 29 octobre 2021**, soit par voie électronique en flashant le QR Code, soit en ramenant le formulaire à l'accueil de la mairie ou du CCAS.

## Renseignements généraux

### 1. Qui êtes-vous ?

Une femme

Un homme

### 2. Quel âge avez-vous ?

Moins de 25 ans

25-34 ans

35-49 ans

50-64 ans

65 ans ou plus

### 3. Depuis combien de temps vivez-vous à Arpajon ?

Moins d'1 an

Entre 1 et 5 ans

Entre 6 et 10 ans

Depuis plus de 10 ans

### 4. Quelle est votre situation familiale ?

Seul

En couple

5. **Quelle est votre situation professionnelle ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur                            | <input type="checkbox"/> Employé                       |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> Ouvrier                       |
| <input type="checkbox"/> Cadre                                  | <input type="checkbox"/> Retraité                      |
| <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire               | <input type="checkbox"/> Collégien, Lycéen, Etudiant   |
|   | <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle |

## Le logement

6. **Dans quel type de logement vivez-vous ?**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Maison      | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Appartement |   |

7. **Êtes-vous ?**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Propriétaire | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Locataire    |   |

8. **Rencontrez-vous des difficultés dans votre logement ?**

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

9. *Si oui*, **quelles sont ces difficultés ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Insalubrité                     | <input type="checkbox"/> Isolement géographique                            |
| <input type="checkbox"/> Factures d'énergie trop élevées | <input type="checkbox"/> Eloignement des services                          |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de voisinage          | <input type="checkbox"/> Nuisances sonores                                 |
| <input type="checkbox"/> Coût de l'entretien du logement | <input type="checkbox"/> Configuration du logement (surface et agencement) |
| <input type="checkbox"/> Montant du loyer                | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____                          |
| <input type="checkbox"/> Isolation                       |  |

10. **Comment qualifieriez-vous le cadre de vie de la commune ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Très satisfaisant | <input type="checkbox"/> Peu satisfaisant |
| <input type="checkbox"/> Satisfaisant      | <input type="checkbox"/> Insatisfaisant   |

*Si "peu satisfaisant" ou "insatisfaisant", pourquoi ?*

## Enfance et jeunesse

11. **Avez-vous des enfants à votre domicile ?**

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

*Si oui à la question précédente*, répondre aux questions suivantes. *Si non*, passer à la section suivante.

12. **Utilisez-vous un mode de garde pour votre (vos) enfant(s) ?**

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

*Si oui*, **Le(s)quel(s) ?**

- Crèche
- Assistante maternelle
- Réseau familial
- Employé(e) à domicile

- Périscolaire
- Congé parental
- Accueil de loisirs
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**13. Rencontrez-vous des difficultés dans la garde de vos enfants ?**

- Oui
- Non

**Si oui, lesquelles ?**

- Le mode actuel n'était pas mon premier choix
- Le coût
- Le manque de place
- L'incompatibilité avec les horaires
- Le manque d'informations
- L'éloignement géographique
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**14. Que pensez-vous de l'offre (sportive, loisirs, culturelle...) en direction des jeunes sur la Commune ?**

	Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Insatisfaisante	Non concerné
Offre sportive (équipements sportifs...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offre culturelle (cinéma, bibliothèque, salle de spectacle...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offre de loisirs (animations, associations, centre socio-culturel...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Connaissez-vous et utilisez-vous la Mission Locale des 3 Vallées ?**

- Je la connais et l'utilise
- Je la connais mais ne l'utilise pas
- Je ne la connais pas

**16. Pour l'enfance et la jeunesse, quels pourraient être les services ou activités à développer à l'avenir ?**

## VOS BESOINS EN TANT QUE PARENTS

**17. En tant que parent, souhaiteriez-vous bénéficier des actions suivantes :**

- Des conférences, débats, journées thématiques
- Des échanges/activités avec d'autres parents
- Des temps d'échanges privilégiés avec un professionnel (consultation)

**Si coché, quel(s) professionnel(s) ?**

- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_
- Je n'ai aucun besoin/envie

**18. Plus globalement, quels sont les thèmes sur lesquels vous souhaiteriez avoir des informations/pouvoir échanger ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alimentation  | <input type="checkbox"/> Utilisation des écrans et des réseaux sociaux                          |
| <input type="checkbox"/> Sommeil   | <input type="checkbox"/> Aide à la scolarité (orientation, soutien scolaire, harcèlement, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Cadre éducatif (limites, conflits, difficultés, etc.)             | <input type="checkbox"/> Médiation familiale/aide en cas de séparation                          |
| <input type="checkbox"/> La vie intime   | <input type="checkbox"/> Pas de besoins particuliers  |
| <input type="checkbox"/> Addictions/conduites à risques                                    | <input type="checkbox"/> Autre  |
| <input type="checkbox"/> Communication (langage, gestion des émotions, relation à l'autre) |   |

## Vos activités

**19. Si vous les utilisez, quel est votre niveau de satisfaction des équipements suivants :**

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Insatisfait	Je n'utilise pas
Aires de jeux					
Parcs et jardins					
Bibliothèque					
Gymnase					
Auditorium					
Conservatoire					
Autre (précisez) :					

**20. Quels sont vos besoins/propositions en matière d'équipements et/ou d'activités ?**

## L'accompagnement social

**21. Connaissez-vous les missions et aides apportées par le Centre communal d'action Sociale (CCAS) ?**

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui  | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> J'en ai déjà entendu parler mais je ne sais pas ce que c'est |                              |

**22. En cas de difficulté sur le plan social, vers qui chercheriez-vous des informations ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mairie                                  | <input type="checkbox"/> Amis                     |
| <input type="checkbox"/> Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) | <input type="checkbox"/> Internet                 |
| <input type="checkbox"/> Assistante sociale                      | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas           |
| <input type="checkbox"/> Famille                                 | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ |

**23. Quels seraient vos souhaits à l'avenir en matière d'accompagnement social ?**

## La mobilité

**24. Vos déplacements à l'intérieur de la commune vous semblent :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Faciles        | <input type="checkbox"/> Plutôt difficiles |
| <input type="checkbox"/> Plutôt faciles | <input type="checkbox"/> Difficiles        |

**25. Vos déplacements à l'extérieur de la commune vous semblent :**

- Faciles
- Plutôt faciles
- Plutôt difficiles
- Difficiles

**26. Quel(s) mode(s) de déplacement utilisez-vous, et à quelle(s) fréquence(s) ?**

	Annuelle	Mensuelle	Hebdomadaire	Quotidienne	Jamais
Véhicule motorisé (voiture, moto...)					
Transports en commun					
Modes doux (vélo, trottinette, marche...)					

**27. Pour quelle(s) raison(s) utilisez-vous les transports en commun ?**

- Je ne les utilise jamais
- Transports pour accéder aux services publics
- Transports pour accéder aux commerces
- Transports pour accéder à son lieu de travail
- Transports pour accéder aux loisirs
- Transports pour rendre visite à sa famille
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**28. Quels seraient vos besoins/ idées en matière de déplacement et mobilité ?**

- Je n'ai pas de besoins particuliers
- Amélioration de la fiabilité du RER
- Amélioration de la fréquence des transports en commun
- Amélioration de la desserte des transports en commun
- Une meilleure adaptation des horaires des transports en commun

**Si coché, précisez lesquels :** \_\_\_\_\_

- Une meilleure adaptation de l'offre de transport local (navette)
- Des moyens de transport vers d'autres villes

**Si coché, précisez quelles villes :** \_\_\_\_\_

- Des espaces piétons adaptés
- Des pistes cyclables
- Une accessibilité des espaces publics pour les personnes à mobilité réduite
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

## La santé

**29. Estimez-vous accéder facilement aux soins généralistes ?**

- Oui tout à fait
- Moyennement accessibles
- Peu accessibles
- Non pas du tout

**30. Estimez-vous accéder facilement aux soins de spécialistes ?**

- Oui tout à fait
- Moyennement accessibles
- Peu accessibles
- Non pas du tout

Si non, pour quels spécialistes ?

**31. Quelles sont les difficultés rencontrées en termes d'accès aux soins ?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Éloignement des professionnels de santé  | <input type="checkbox"/> Manque de disponibilité et temps d'attente |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à avancer les frais           | <input type="checkbox"/> Difficulté d'accès à l'hôpital d'Arpajon   |
| <input type="checkbox"/> Difficulté d'accès aux soins spécialisés | <input type="checkbox"/> Offre inadaptée                            |
|   | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____                   |

**32. Quelles seraient vos suggestions à l'avenir en matière de santé ?**

## Les séniors

Si non coché "65 ans et plus", passer à la section suivante.

**33. Quelles sont, pour vous, les conditions indispensables pour bien- vieillir ?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Être en bonne santé                                  | <input type="checkbox"/> Pouvoir me sentir en sécurité                      |
| <input type="checkbox"/> Avoir des relations avec mes proches                 | <input type="checkbox"/> Maintenir mes capacités intellectuelles            |
| <input type="checkbox"/> Rencontrer d'autres personnes                        | <input type="checkbox"/> Disposer de ressources financières suffisantes     |
| <input type="checkbox"/> Pouvoir rester chez moi le plus longtemps possible   | <input type="checkbox"/> L'adaptation du mobilier urbain (trottoirs, bancs) |
| <input type="checkbox"/> Pouvoir me déplacer                                  | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____                           |
| <input type="checkbox"/> Avoir des activités sportives/culturelles/de loisirs |   |
| <input type="checkbox"/> Avoir une bonne alimentation                         |   |

**34. Estimez-vous que votre qualité de vie dans votre commune est :**

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Peu satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

**35. Pour les années futures, qu'est-ce qui vous préoccupe le plus ?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> L'isolement  | <input type="checkbox"/> La diminution de mes capacités physiques       |
| <input type="checkbox"/> Le lieu où je pourrai habiter  | <input type="checkbox"/> La diminution de mes capacités intellectuelles |
| <input type="checkbox"/> La situation de mon conjoint/de mon proche                             | <input type="checkbox"/> Les éventuels problèmes de santé               |
| <input type="checkbox"/> L'accès aux services et aux activités                                  | <input type="checkbox"/> Rien ne me préoccupe particulièrement          |
| <input type="checkbox"/> Le niveau de mes ressources financières pour faire face à mes dépenses | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____                       |

**36. Connaissez-vous et utilisez-vous le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Je le connais et l'utilise          | <input type="checkbox"/> Je ne le connais pas |
| <input type="checkbox"/> Je le connais mais ne l'utilise pas |   |

**37. Auriez-vous des suggestions pour favoriser le bien-vieillir sur le territoire ?**

# Personnes en situation de handicap

38. Êtes-vous, vous-même ou un membre de votre famille, en situation de handicap ?

- Je suis en situation de handicap
- Un membre de ma famille
- Non concerné

**Si coché "un membre de ma famille" ou "je suis en situation de handicap", répondre aux questions suivantes. Si "non concerné", passer à la section suivante.**

39. Quelles sont les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne ?

- Accessibilité des commerces
- Accessibilité des établissements publics
- Mobilité
- Existence d'une offre de services dédiée au handicap (associations...)
- Isolement social et familial
- Isolement géographique
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_
- Pas de difficulté rencontrée

40. Estimez-vous que votre Commune propose tous les services nécessaires pour les personnes en situation de handicap ?

- Tout à fait
- Suffisamment
- Insuffisamment
- Pas du tout

41. Avez-vous des suggestions pour favoriser le quotidien des personnes en situation de handicap sur la Commune ?

## Les aidants

42. Êtes-vous un « aidant » d'un proche ou d'un membre de votre entourage (soutien à domicile d'une personne âgée, en situation de handicap, malade...) ?

- Oui
- Non

**Si oui, répondre aux questions suivantes. Si non, passer à la section suivante.**

43. Avez-vous des attentes ou besoins en tant qu'aidant ?

- Des aides dans la vie quotidienne
- De l'écoute
- Une offre de répit
- Des associations d'entraide/ réseaux de partage
- Des informations pour vous aider/ orienter
- Des aides financières
- Des formations
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_
- Aucun besoin

44. Avez-vous des suggestions / idées à nous faire part ?

## Accès aux droits

45. Êtes-vous à l'aise pour effectuer vos démarches en ligne ?

- Oui
- Non

**46. Si non, pourquoi ?**

- Manque d'équipement informatique
- Manque de formation à l'outil informatique et internet
- Pas d'abonnement internet
- Complexité des procédures
- Manque de soutien pour aider
- Coût
- Mauvaise connexion
- Je ne rencontre pas de difficultés
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**47. En cas de difficulté, avez-vous quelqu'un dans votre entourage pour vous aider ?**

- Oui
- Non

**48. Connaissez-vous et utilisez-vous les organismes suivants sur Arpajon ?**

	Je le/la connais et l'utilise	Je le/la connais mais ne l'utilise pas	Je ne le/la connais pas
La Maison France Services			
Pôle Emploi			
La Caisse Allocations Familiales (CAF)			

**49. Avez-vous des suggestions / idées à nous faire part ?**

## Idées d'avenir

**50. Quelle(s) thématique(s) devrai(en)t être améliorée(s) sur la commune ?**

- Accès aux commerces
- Accès aux services publics
- Accès aux soins
- Simplification des démarches
- Mieux vivre ensemble
- Accès aux transports
- Accès informatique
- Lutte contre l'isolement
- Accompagnement financier
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**51. Enfin, à titre consultatif, avez-vous des idées / propositions / suggestions ?**