

Madame, Monsieur,

Soucieuse de soutenir l'ensemble de ses concitoyens et de leur apporter des solutions adaptées à leur quotidien, la Communauté d'Agglomération et l'ensemble des 31 communes qui la composent souhaitent recenser vos besoins, afin de mieux y répondre.

Tous les habitants peuvent participer. Quelques minutes suffisent à compléter ce questionnaire. Votre avis compte, partagez-le !



Le questionnaire est confidentiel ; les réponses seront anonymisées.

Les réponses sont à compléter pour le 22 avril.

Nous vous remercions par avance pour votre contribution à cette démarche importante pour imaginer les propositions d'avenir pour tous.

Flashez-moi !

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. Qui êtes-vous ?

- Une femme Un homme Autre

2. Quel âge avez-vous ?

- Moins de 25 ans
 25-34 ans
 35-49 ans
 50-64 ans
 65-85 ans
 85 ans et plus

3. Dans quelle commune habitez-vous ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arbus | <input type="checkbox"/> Denguin | <input type="checkbox"/> Ousse |
| <input type="checkbox"/> Aressy | <input type="checkbox"/> Gan | <input type="checkbox"/> Pau |
| <input type="checkbox"/> Artigueloutan | <input type="checkbox"/> Gelos | <input type="checkbox"/> Poey-de-Lescar |
| <input type="checkbox"/> Artiguelouve | <input type="checkbox"/> Idron | <input type="checkbox"/> Rontignon |
| <input type="checkbox"/> Aubertin | <input type="checkbox"/> Jurançon | <input type="checkbox"/> Saint-Faust |
| <input type="checkbox"/> Aussevielle | <input type="checkbox"/> Laroin | <input type="checkbox"/> Sendets |
| <input type="checkbox"/> Beyrie-en-Béarn | <input type="checkbox"/> Lée | <input type="checkbox"/> Siros |
| <input type="checkbox"/> Billère | <input type="checkbox"/> Lescar | <input type="checkbox"/> Uzein |
| <input type="checkbox"/> Bizanos | <input type="checkbox"/> Lons | <input type="checkbox"/> Uzos |
| <input type="checkbox"/> Bosdarros | <input type="checkbox"/> Mazères-Lezons | |
| <input type="checkbox"/> Bougarber | <input type="checkbox"/> Meillon | |

4. Depuis combien de temps y vivez-vous ?

- Moins d'1 an Entre 1 et 5 ans Entre 6 et 10 ans Depuis plus de 10 ans

5. Vous-êtes :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant... | <input type="checkbox"/> Employé administratif et de commerce |
| <input type="checkbox"/> Artisan, chef d'entreprise... | <input type="checkbox"/> Ouvrier, ouvrier agricole, manœuvre, routier, livreur... |
| <input type="checkbox"/> Cadre supérieur, profession libérale, ingénieur | <input type="checkbox"/> Retraité |
| <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire et technicien, cadre moyen... | <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Scolaire, étudiant | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

6. Quelle est votre situation familiale ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seul(e) sans enfant (<i> passez à la question 20</i>) | <input type="checkbox"/> Seul(e) avec enfant(s) |
| <input type="checkbox"/> En couple sans enfant (<i> passez à la question 20</i>) | <input type="checkbox"/> En couple avec enfant(s) |

7. Si couple avec enfant ou seul avec enfant : Avez-vous des enfants à votre domicile ?

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non (<i> passez à la question 20</i>) |
|------------------------------|--|

8. Si oui, dans quelle situation ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En permanence | <input type="checkbox"/> En alternance |
|--|--|

9. Si oui : Votre enfant est-il en situation de handicap ?

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

10. Quelle est la tranche d'âge de votre (vos) enfant(s) ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 3 ans (<i> passez à la question 11</i>) | <input type="checkbox"/> Entre 11 et 17 ans (<i> passez à la question 16</i>) |
| <input type="checkbox"/> Entre 3 et 10 ans (<i> passez à la question 16</i>) | <input type="checkbox"/> Entre 18 et 25 ans (<i> passez à la question 20</i>) |

PETITE ENFANCE

(Uniquement destiné aux répondants avec des enfants de moins de 3 ans)

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

**Nota Bene : Le mode de garde comprend le congé parental et le réseau familial*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, dans ma commune | <input type="checkbox"/> Non, et cela me pose des difficultés |
| <input type="checkbox"/> Oui, dans une autre commune | <input type="checkbox"/> Non, et cela ne me pose pas de difficultés (<i> passez à la question 14</i>) |

Si « Non, et cela me pose des difficultés », lesquelles :

.....
.....

Si oui, le(s)quel(s) ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Assistante maternelle/MAM | <input type="checkbox"/> Employé(e) à domicile |
| <input type="checkbox"/> Réseau familial/amical | <input type="checkbox"/> Congé parental |
| <input type="checkbox"/> Etablissement d'accueil collectif
(crèche, micro-crèche,...) | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

12. Ce mode de garde était-il votre premier choix ?

- Oui
 Non

Si Non, quel était votre 1^{er} choix ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Assistante maternelle/MAM | <input type="checkbox"/> Employé(e) à domicile |
| <input type="checkbox"/> Réseau familial/amical | <input type="checkbox"/> Congé parental |
| <input type="checkbox"/> Etablissement d'accueil collectif
(crèche, micro-crèche,...) | <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : |

13. Quel est votre niveau de satisfaction quant au mode de garde actuellement utilisé ?

(Entourez votre réponse)



Pas du tout satisfait



Peu satisfait



Assez satisfait



Très satisfait

14. Avez-vous déjà dû renoncer à un mode de garde ? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Des raisons financières | <input type="checkbox"/> Des difficultés pour inscrire mon enfant d'un point de vue administratif |
| <input type="checkbox"/> Des raisons de places indisponibles | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> L'amplitude des plages horaires d'accueil/horaires atypiques | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> L'éloignement géographique du service envisagé | |

15. Parmi les services parentalités du jeune enfant proposés sur le territoire, quel(s) service(s) connaissez-vous ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lieu d'Accueil Enfants-Parents (LAEP) | <input type="checkbox"/> Relais petite enfance |
| <input type="checkbox"/> La Protection Maternelle et Infantile (PMI) | <input type="checkbox"/> Service Enfance de ma commune |
| <input type="checkbox"/> Service de médiation familiale | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |
| | <input type="checkbox"/> Aucun |

ENFANCE ET JEUNESSE

(Uniquement destinés aux répondants avec des enfants de moins de 3 à 17 ans)

16. Avez-vous recours à un accueil de loisirs pour votre (vos) enfant(s) ?

- Oui, dans ma commune
- Oui, dans une autre commune
- Non *(passez à la question 20)*

17. Si oui, sur quelle(s) période(s) ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toute l'année | <input type="checkbox"/> Les « petites vacances » (automne/ Toussaint, Noël, Février, Avril/ Pacques) |
| <input type="checkbox"/> Après l'école | <input type="checkbox"/> Les vacances d'été |
| <input type="checkbox"/> Les mercredis | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

18. Globalement, quel est votre niveau de satisfaction concernant l'accueil de loisirs ? (Entourez votre réponse)



Pas du tout satisfait



Peu satisfait



Assez satisfait



Très satisfait

19. Pour quelles raisons rencontrez-vous des difficultés pour inscrire votre enfant en accueil de loisirs ? Plusieurs réponses possibles

- Des raisons financières
- Des raisons de places indisponibles
- L'amplitude des plages horaires d'accueil/horaires atypiques
- L'éloignement géographique du service envisagé
- Autre (précisez) :
- Je ne rencontre pas de difficulté

VIE LOCALE ET SOCIALE

20. Faites-vous partie d'une association ?

- Oui
- Non

21. Si oui, dans quel type d'association ?

- Culturelle
- Vie sociale
- Solidarité
- Autre (précisez) :
- Sportive

22. Vous arrive-t-il de ressentir un sentiment d'isolement ?

- Toujours
- Rarement
- Souvent
- Jamais

23. Recevez-vous régulièrement des personnes à la maison ? (Cochez)

	Jamais	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour
Amis				
Famille				
Voisins				
Professionnels				

24. Concernant votre vie sociale, vous diriez que :

- Ma vie sociale actuelle me convient
- J'aimerais avoir un peu plus de vie sociale
- J'ai grandement besoin d'avoir plus de vie sociale

25. En cas de problème, avez-vous quelqu'un sur qui compter ?

- Non, personne
- Oui, un membre de ma famille
- Oui, un ami
- Oui, une association/un organisme

LOGEMENT

26. Concernant votre logement, vous êtes :

- Propriétaire
- Locataire
- Hébergé par votre famille/un tiers
- Sans Domicile Fixe
- Autre (précisez) :

27. Dans quel type de logement vivez-vous ?

- Maison
- Appartement
- Habitat mobile (caravane, véhicule)
- Box, garage, abri de jardin...
- Autre (précisez) :

28. Rencontrez-vous des difficultés dans votre logement ?

- Oui
- Non

Si oui, quelles sont ces difficultés ?

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Insalubrité (humidité, nuisibles...) | <input type="checkbox"/> Logement trop grand |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise isolation/ précarité énergétique | <input type="checkbox"/> Logement trop petit |
| <input type="checkbox"/> Montant du loyer | <input type="checkbox"/> Accessibilité du logement au regard des difficultés d'un membre du ménage |
| <input type="checkbox"/> Coût de l'entretien du logement | <input type="checkbox"/> Procédure d'expulsion en cours |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de voisinage/ Nuisances sonores | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> Eloignement de vos activités quotidiennes | |

(scolaires, professionnelles, personnelles)

29. Envisagez-vous de changer de logement ?

- Oui, au sein de l'agglomération
- Oui en dehors de l'agglomération. (*passez à la question 31*)
- Non, je suis bien dans mon logement. (*passez à la question 31*)

30. Si vous souhaitez trouver un nouveau logement au sein de l'agglomération, quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

- La hausse du prix des terrains
- La hausse des prix des appartements ou maisons
- L'insuffisante efficacité énergétique des logements disponibles
- La pénurie de logements disponibles
- L'absence de logements adaptés à vos besoins ou aspirations (résidences autonomes, accessibilité des logements, habitat intergénérationnel, habitat inclusif, colocation...)
- Absence de cautionnaire ou de financement de la caution
- Autre (précisez) :

MOBILITES

31. Quels moyens de transports utilisez-vous au quotidien ?

Citez-en 2 maximum

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Covoiturage <input type="checkbox"/> 2 roues motorisées <input type="checkbox"/> Vélo, trottinette,... | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transports en commun <input type="checkbox"/> La marche <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <input type="checkbox"/> Je ne me déplace pas |
|---|---|

32. Vos déplacements vous semblent : (Cochez)

	Faciles	Plutôt faciles	Plutôt difficiles	Difficiles
Déplacements domicile/travail / Ecole				
Déplacements personnels				

33. Quels seraient vos besoins en matière de déplacements et de mobilité ?

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de besoins particuliers <input type="checkbox"/> Amélioration des transports en commun (fréquence, trajet...) <input type="checkbox"/> Des infrastructures (routes, cheminements piétons et cyclables...) plus sécurisées <input type="checkbox"/> Développement des pistes cyclables sécurisées <input type="checkbox"/> L'accessibilité (dénivelé, équipements PMR...) <input type="checkbox"/> Stationnement | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Stationnement vélos dans les écoles/ entreprises <input type="checkbox"/> Covoiturage organisé <input type="checkbox"/> Autopartage <input type="checkbox"/> Aide au financement du permis de conduire <input type="checkbox"/> Des moyens de déplacements vers d'autres communes (précisez quelle(s) commune(s)) : <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |
|---|---|

L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

34. En cas de difficulté en matière de soutien social, à qui demanderiez-vous de l'aide ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mairie | <input type="checkbox"/> Site Internet |
| <input type="checkbox"/> CCAS | <input type="checkbox"/> Associations |
| <input type="checkbox"/> Assistante sociale du Département des P-A | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Proches (famille, amis) | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

**35. Si vous habitez à Billère, Bizanos, Gan, Gelos, Jurançon, Lescar, Lons ou Pau :
Connaissez-vous les missions et aides apportées par le Centre d'Action Sociale de votre commune ?**

- Oui
- Pas vraiment
- Non pas du tout

36. Avez-vous déjà sollicité de l'aide pour les besoins suivants, et si oui, auprès de quelle structure ?

	Assistante Sociale	France services	La commune/ CCAS	Une association	Autre (précisez)	Non
Administratif						
Logement						
Finances						
Famille						
Santé						
Education						

LA SANTE

37. Quelles difficultés rencontrez-vous en termes d'accès aux soins ?

(Cochez selon la difficulté rencontrée et le type de professionnel de santé concerné)

	Généralistes	Spécialistes
Eloignement des professionnels de santé		
Difficultés financières		
Manque de disponibilité et temps d'attente		
Manque de médecins		
Mauvaise accessibilité des lieux		
Difficultés à communiquer avec le professionnel		
Autre		
<i>Précisez pour « Autre »</i>		
Pas de difficultés		

38. Vous sentez-vous suffisamment informé sur les sujets de santé suivants ?

	Pas du tout	Pas assez	Suffisamment	Tout à fait
Addictions (alcool, tabac, drogues,...)				
Alimentation				
Sexualités				
Prévention de la perte d'autonomie				
Santé mentale, mal être				
Harcèlement, violences intrafamiliales				
Autre (précisez)				

SENIORS

Si vous avez 65 ans ou plus, répondez aux questions suivantes, sinon passez à la question 45

39. De votre vie quotidienne, vous diriez que vous êtes (entourez votre choix) :



Pas du tout satisfait



Peu satisfait



Assez satisfait



Très satisfait

Pourquoi ?

.....

.....

40. Aujourd'hui et pour les années futures, qu'est-ce qui vous préoccupe le plus ?

(Cochez jusqu'à 5 choix les plus importants)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Le sentiment de solitude | <input type="checkbox"/> Le niveau de mes ressources financières pour faire face à mes dépenses |
| <input type="checkbox"/> L'éloignement de mes proches | <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"/> La mobilité | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

41. Pratiquez-vous une activité (physique, culturelle ,...) ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune activité proposée ne m'intéresse | <input type="checkbox"/> L'adhésion est trop chère |
| <input type="checkbox"/> J'ai des problèmes de mobilité contraignants | <input type="checkbox"/> Les horaires ne me conviennent pas |
| <input type="checkbox"/> J'ai des problèmes de santé contraignants | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

42. Avez-vous des difficultés pour faire vos courses ?

- Oui
 Non

43. Où vous rendez vous le plus souvent pour faire vos courses ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dans mon quartier | <input type="checkbox"/> Dans une commune plus éloignée |
| <input type="checkbox"/> Dans un autre quartier de la commune | <input type="checkbox"/> Quelqu'un me fait les courses |
| <input type="checkbox"/> Dans une commune à proximité | <input type="checkbox"/> Je me fais livrer |

44. Seriez-vous potentiellement intéressé par une offre d'habitat intermédiaire* entre le domicile et l'EHPAD, permettant de garder une autonomie tout en sécurisant l'accès aux besoins du quotidien ?

**Par exemple : colocation seniors, colocation intergénérationnelle, résidences service, habitat inclusif ,...)*

- Oui Non Je ne sais pas

HANDICAP

45. Vous-même, ou un membre de votre famille, est-il en situation de handicap ?

- Un membre de ma famille est en situation de handicap et vit à domicile
- Un membre de ma famille est en situation de handicap et vit en établissement
- Je suis en situation de handicap et vis à domicile
- Je suis en situation de handicap et vis en établissement
- Non concerné (*passez à la question 49*)

Si vous avez répondu « un membre de ma famille est en situation de handicap », de qui s'agit-il ?

- Un ou plusieurs de mes parents
- Mon (ma) conjoint(e)
- Un ou plusieurs de mes enfants
- Un autre membre de ma famille

46. Votre commune propose-t-elle un cadre de vie adapté à votre situation de handicap ou celle de votre proche ? (Entourez votre choix)



Pas du tout adapté



Peu adapté



Assez adapté



Très adapté

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

- Accessibilité des commerces
- Accessibilité des établissements publics
- Mobilité
- Isolement social et familial
- Isolement géographique
- Le regard de l'autre sur mon handicap
- Je n'ose pas demander de l'aide ou faire certaines choses du fait de mon handicap
- L'éloignement de la structure d'accueil du domicile familial
- Pas de difficultés rencontrées
- Autre (*précisez*) :

.....
.....

48. Quelles sont les améliorations à imaginer sur la commune pour favoriser le quotidien des personnes en situation de handicap ?

.....
.....
.....
.....

LES AIDANTS

L'aidant non professionnel est une personne qui apporte une aide régulière à un proche qui se trouve en situation de perte d'autonomie. L'aidant intervient dans les actes du quotidien que la personne dépendante n'est plus capable de réaliser seule.

49. Etes-vous « aidant » d'un proche ou d'un membre de votre entourage ?

- Oui
- Non (*prenez en compte la question 51*)

Si oui, de qui s'agit-il ?

- Un enfant
- Un adulte

50. Avez-vous des attentes ou besoins non couverts, en tant qu'aidant ?

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Des aides dans la vie quotidienne <input type="checkbox"/> De l'écoute <input type="checkbox"/> Une offre de répit en semaine <input type="checkbox"/> Une offre de répit le week-end <input type="checkbox"/> Des associations d'entraide / réseaux de partage | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Des informations pour vous aider / orienter <input type="checkbox"/> Des aides financières <input type="checkbox"/> Des formations <input type="checkbox"/> Aucun besoin <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) :..... |
|--|---|

L'ACCES AUX DROITS ET DEMARCHES ADMINISTRATIVES

51. Rencontrez-vous des difficultés lors de la réalisation de vos démarches administratives ?

- Oui
- Non

52. Effectuez-vous vos démarches administratives en ligne ?

- Oui, seul(e)
- Oui, avec de l'aide
- Non

53. Pour vous, quelles sont les principales difficultés rencontrées en matière d'accès numérique ?

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manque d'équipement informatique <input type="checkbox"/> Manque de formation à l'outil informatique et internet <input type="checkbox"/> Pas d'abonnement internet <input type="checkbox"/> Complexité des procédures | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Barrière de la langue <input type="checkbox"/> Méconnaissance des interlocuteurs <input type="checkbox"/> Manque d'accompagnement <input type="checkbox"/> Autre (<i>précisez</i>) :..... |
|--|---|

IDÉES D'AVENIR

54. Pour articuler transition écologique et solidarités, que souhaiteriez-vous voir être mis en place sur votre commune ? (Cochez 2 idées prioritaires) :

- Groupement d'achat pour les dépenses énergétiques
- Approvisionnement de la restauration collective par des producteurs locaux
- Jardins partagés intergénérationnels / stations de compostage
- Réseau de solidarité/entraide entre habitants
- Faciliter les trajets (bornes électriques / covoiturage / parkings à vélos...)
- Autre (précisez) :

55. Enfin, à titre consultatif, avez-vous des suggestions ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....