

Madame, Monsieur, Cher(e) habitant(e) du Pays de Remiremont et de ses Vallées,



Nous vous invitons à participer à cette enquête citoyenne afin de mieux vous connaître et de nous faire part de vos attentes en matière de santé. Notre objectif est de construire un contrat local de santé sur le territoire qui soit une réponse efficace à vos attentes. Connaître vos besoins est donc indispensable !

Ce questionnaire prendra moins de 10 minutes, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Celui-ci est personnel, il est important que les réponses apportées ne concernent que votre situation. Les données issues de cette enquête sont anonymes.

Si vous souhaitez vous impliquer davantage dans l'élaboration du diagnostic et/ou aux actions qui en découlent, vous pouvez vous inscrire par mail : avotreecoute.cls@gmail.com

Nous vous remercions pour votre participation.

Mieux vous connaître

1. Vous êtes : Un homme Une femme
2. Vous avez :
 Moins de 18 ans Entre 25 et 29 ans Entre 45 et 49 ans Entre 60 et 74 ans
 Entre 18 et 24 ans Entre 30 et 44 ans Entre 50 et 59 ans Plus de 75 ans
3. Vous vivez : Seul En établissement En famille
a. Nombre d'adulte(s) : / Nombre d'enfant(s) de moins de 25 ans :
4. Vous êtes : Locataire Propriétaire Je ne suis pas concerné(e)
5. Vous êtes :
 Agriculteur exploitant Employé Retraité
 Artisan, commerçant, chef d'entreprise Professionnel libéral Etudiant, lycéen
 Cadre Ouvrier Collégien
 Homme ou femme au foyer Autre :
 A la recherche d'un emploi
6. Dans quelle commune habitez-vous ?

Vous et votre santé

7. Dans l'ensemble, vous pensez que votre santé est :
 Très bonne Bonne Mauvaise Médiocre
8. Souffrez-vous d'une des maladies suivantes ?

	Oui	Non
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surpoids / Obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie Respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. Si vous souffrez d'une ou plusieurs de ces maladies :

	Oui	Non	?
Connaissez-vous les programmes d'activités physiques adaptées d'APS Vosges (Activité Physique Santé Vosges) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà participé à l'un de ces programmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Si vous souffrez de diabète ou de surpoids :

	Oui	Non	?
Connaissez-vous les programmes d'éducation thérapeutique proposés à l'Espace Santé de Remiremont ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà participé à l'un de ces programmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voici une série de 17 questions sur votre santé telle que vous la ressentez. Veuillez lire attentivement chacune de ces questions. Cochez la réponse qui vous convient le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses.

	Oui, c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	Non, ce n'est pas du tout mon cas
1. Je me trouve bien comme je suis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au fond, je suis bien portant(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me décourage trop facilement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai du mal à me concentrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je suis content(e) de ma vie de famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je suis à l'aise avec les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUJOURD'HUI	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
8. Vous auriez du mal à monter un étage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
10. Vous avez eu des problèmes de sommeil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vous avez eu des douleurs quelque part.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vous avez l'impression d'être vite fatigué(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vous avez été triste ou déprimé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vous avez rencontré des parents ou amis (téléphone, visio, visite, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Vous avez eu des activités de groupes à distance (réunions, associations, sport, religions).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS	Pas du tout	1 à 4 jours	5 à 7 jours
17. Hormis le confinement du à la COVID-19, vous avez du rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous et votre parcours de santé

9. Avez-vous eu besoin d'un ou plusieurs professionnel(s) de santé suivants, au cours des 12 derniers mois ?

	Oui	Non	N'est pas concerné
Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin spécialiste (Précisez :)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sage-Femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthoptiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pédicure-Podologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Avez vous du renoncer à consulter un de ces professionnels de santé ? Oui Non

a. Si oui, à quel(s) professionnels et pourquoi ?

- Professionnel : Motif(s) :
- Professionnel : Motif(s) :
- Professionnel : Motif(s) :

11. Avez vous du renoncer à des soins ?

	Oui	Non
Traitement médicamenteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipement auditif (prothèse...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipement visuel (lunettes, lentilles, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement dentaire (prothèse, couronne, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthodontie (appareil dentaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres soins :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. Si oui pour quel(s) motif(s) ?

12. Etes-vous vacciné(e) contre :

	Oui	Non	N'est pas concerné
D iphthérie, T étanos, P oliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R ougeole, O reillons, R ubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méningocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections au Papillomavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☞ Si non, pour quelle(s) raison(s) n'êtes vous pas vacciné(e) ?

- Il n'y a pas assez de preuves scientifiques.
- J'ai peur des effets secondaires.
- J'ai peur de l'injection.
- Le vaccin n'a pas été proposé par mon médecin.
- Mon corps peut se défendre seul.
- Autre :

13. Pour les femmes de 50 à 74 ans, participez vous à la campagne nationale de dépistage organisé du cancer du sein ?

- Oui Non Je ne suis pas concerné(e)

a. Si oui, à quelle fréquence ? Une seule fois A chaque campagne / invitation

b. Si non, pour quels motifs ?

- J'ai peur du résultat. Le centre de dépistage est trop éloigné.
 Le délai pour avoir un rendez vous est trop important. Je ne me sens pas concernée.
 Je ne suis pas convaincue par le bénéfice / intérêt du dépistage. Autre :

14. Pour les personnes de 50 à 74 ans, participez vous à la campagne nationale de dépistage organisé du cancer colorectal ?

- Oui Non Je ne suis pas concerné(e)

a. Si oui, à quelle fréquence ? Une seule fois A chaque campagne / invitation

b. Si non, pour quels motifs ?

- J'ai peur du résultat. Je ne me sens pas capable de le faire seul(e).
 Je n'ai pas pris rendez-vous avec mon médecin. Je ne me sens pas concerné(e).
 Je n'en ai pas discuté avec mon médecin pendant la consultation. Autre :

15. Pour les femmes de 25 à 65 ans, réalisez vous un frottis vaginal régulier (tous les 3 ans) ?

- Oui Non Je ne suis pas concerné(e)

a. Si non, pour quels motifs ?

- J'ai peur du résultat. Je n'ai pas de suivi gynécologique régulier.
 Le délai pour avoir un rendez vous est trop important. Je ne me sens pas concernée.
 Autre :

Vous et votre cadre de vie

16. Quel est votre satisfaction concernant :

		Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
à proximité de chez vous	L'offre de médecine générale	<input type="checkbox"/>				
	L'offre de médecine spécialisée	<input type="checkbox"/>				
	Les structures pour les personnes âgées (EHPAD, Unité de jour)	<input type="checkbox"/>				
	Les structures pour les personnes en situation de handicap	<input type="checkbox"/>				
sur votre commune	Les espaces dédiés aux enfants, au lien parent-enfant (crèches, garderie,...)	<input type="checkbox"/>				
	Les équipements de la commune en espaces culturels, de loisirs, sportifs et associatifs	<input type="checkbox"/>				
	Les équipements de la commune en infrastructure permettant l'activité physique (marche, vélo, parcours de santé, ...)	<input type="checkbox"/>				
	Les équipements de la commune en lieux de convivialité (parc, place ombragée, fontaine,...)	<input type="checkbox"/>				

17. Quel est votre satisfaction concernant votre logement actuel, en termes de :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
Salubrité (qualité de l'air intérieur, moisissures)	<input type="checkbox"/>				
Nuisances sonores	<input type="checkbox"/>				
Qualité de l'air extérieur (pollution, ...)	<input type="checkbox"/>				

18. Avez vous connaissances des aides existantes concernant l'amélioration de votre logement ?

Quelques exemples : Aides de l'Etat, Associations, Professionnels de rénovation, Conseiller en environnement intérieur, Ergothérapeutes, ...

Oui

Non

Quelques unes

Vos préoccupations en santé et environnement

19. Veuillez indiquer l'importance que vous accordez aux thèmes suivants :

	Très important	Important	Peu important	Pas important	Non concerné
La télémédecine (consultation à distance)	<input type="checkbox"/>				
Le « bien vieillir » à son domicile	<input type="checkbox"/>				
La santé au travail	<input type="checkbox"/>				
Le mal être, la dépression, le « burn out »	<input type="checkbox"/>				
La santé buccodentaire	<input type="checkbox"/>				
La vaccination et les dépistages des cancers	<input type="checkbox"/>				
La vie affective et sexuelle (MST, Violences...)	<input type="checkbox"/>				
Les perturbateurs endocriniens	<input type="checkbox"/>				
L'alimentation	<input type="checkbox"/>				
L'activité physique	<input type="checkbox"/>				
Les écrans	<input type="checkbox"/>				
Le tabac	<input type="checkbox"/>				
L'alcool	<input type="checkbox"/>				
Les drogues	<input type="checkbox"/>				
La parentalité, le lien parent/enfant	<input type="checkbox"/>				
Les actions intergénérationnelles	<input type="checkbox"/>				
La formation aux gestes de 1 ^{er} secours	<input type="checkbox"/>				
La qualité de l'eau (du robinet)	<input type="checkbox"/>				
La qualité de votre logement (air intérieur, radon, salubrité)	<input type="checkbox"/>				
La mobilité (pistes cyclables, sécurité routière)	<input type="checkbox"/>				
La présence d'espèces nuisibles (tiques, moustiques...)	<input type="checkbox"/>				
La qualité de l'air extérieur (pollen, pollution)	<input type="checkbox"/>				
La gestion des déchets et du tri sélectif	<input type="checkbox"/>				
Les nuisances liés au bruit	<input type="checkbox"/>				
La pollution des sols	<input type="checkbox"/>				
Le changement climatique	<input type="checkbox"/>				

20. Quels seraient vos besoins concernant votre santé et votre qualité de vie près de chez vous ?

21. Quels seraient vos besoins en termes d'actions et/ou d'informations concernant le « bien vieillir » près de chez vous ?

22. Comment avez-vous eu connaissance de ce questionnaire ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Réseaux Sociaux | <input type="checkbox"/> Maison de retraite / Hôpital |
| <input type="checkbox"/> Mairie / Communauté de Communes | <input type="checkbox"/> Journal / Presse |
| <input type="checkbox"/> Lycée | <input type="checkbox"/> Associations |
| <input type="checkbox"/> Structure d'accueil, d'information, d'orientation
(MSVS, CLIC, Mission Locale, ...) | <input type="checkbox"/> Bouches à oreilles |
| | <input type="checkbox"/> Autres |