

Madame, Monsieur, Cher(e) habitant(e) de la Communauté d'Agglomération d'Epinal

Nous vous invitons à participer à cette enquête afin de mieux vous connaître et de nous faire part de vos attentes en matière de santé dans le cadre de la mise en place du nouveau Contrat Local de Santé de l'Agglomération. Notre objectif, celui de l'Agence Régionale de Santé et de tous les partenaires du territoire est de construire un contrat qui soit une réponse efficace à vos attentes en terme de santé, connaître vos besoins est donc indispensable !

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, toutes les idées sont les bienvenues !

## Mieux vous connaître

Afin de mieux comprendre et interpréter vos réponses à ce questionnaire (attentes, difficultés rencontrées...) nous avons besoin de mieux vous connaître

- Vous êtes :  Un homme  Une femme
- Quel âge avez-vous ?  18-29 ans  30-44ans  45-59 ans  60-74ans  Plus de 75 ans
- Combien de personnes, **vous y compris**, vivent dans votre foyer ? / \_\_\_ / adulte(s) / \_\_\_ / enfant(s)
- Vous êtes :
 

<input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant	<input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise
<input type="checkbox"/> Cadre	<input type="checkbox"/> Professionnel libéral
<input type="checkbox"/> Employé	<input type="checkbox"/> Ouvrier
<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> A la recherche d'un emploi
<input type="checkbox"/> Homme ou femme au foyer	<input type="checkbox"/> Etudiant, lycéen
<input type="checkbox"/> Autre : .....	
- Dans quelle commune de la communauté d'agglomération habitez-vous ? .....

## Votre santé

- Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est ?

Excellente  Très bonne  Bonne  Médiocre  Mauvaise

- Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel

	Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer à la pétanque.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique

	<i>En permanence</i>	<i>Une bonne partie du temps</i>	<i>De temps en temps</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e))

	<i>En permanence</i>	<i>Une bonne partie du temps</i>	<i>De temps en temps</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?






- Pas du tout       Un petit peu       Moyennement       Beaucoup       Enormément

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	<i>En permanence</i>	<i>Une bonne partie du temps</i>	<i>De temps en temps</i>	<i>Rarement</i>	<i>Jamais</i>
Vous-vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous-vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous-vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## La qualité de l'offre sur notre territoire

1. Selon vous, parmi les offres suivantes, quel est votre niveau de satisfaction ?

					
Médecine générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecines spécialisées (dentiste, ophtalmologiste...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Structures pour les personnes âgées (EPHAD, structure d'accueil de jour...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Structures pour les personnes en situation de handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espaces dédiés aux enfants et/ou lien parent-enfant (crèche, garderie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loisirs (équipements sportifs, cinéma, bibliothèque...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

=> Avez-vous des précisions à apporter sur votre niveau de satisfaction ?  Oui  Non

Si oui, merci de préciser ci-après : .....

.....

2. Avez-vous renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois ?  Oui  Non

Si oui, pour quel professionnel (médecin généraliste, spécialiste, dentiste, kinésithérapeute...) et pour quelle raison (délai de rendez-vous trop long, coût de la consultation trop élevé, professionnel trop éloigné et impossibilité de se déplacer...) ?

=> Type de professionnel non consulté :

.....

Raisons :

- Délai de rendez-vous trop long  Coût trop élevé  
 Trop éloigné géographiquement  Autre raison : .....

=> Type de professionnel non consulté

.....

Raisons

- Délai de rendez-vous trop long  Coût trop élevé  
 Trop éloigné géographiquement  Autre raison : .....

## Les priorités à déployer sur notre territoire

1. Quels sont les problèmes de santé les plus fréquents sur notre territoire ?

.....

.....

2. Quel élément favorise le plus le bien-être sur notre territoire ? (un point positif)

.....

3. Quel élément ne favorise pas le bien-être sur notre territoire ? (un point négatif)

.....

4. Qu'est-ce qui pourrait être fait sur le territoire pour améliorer la santé des habitants ?

.....

.....

5. Parmi les thèmes suivants, quels sont ceux qui nécessiteraient plus d'informations ou des actions ?

	-- Pas du tout prioritaire	- Peu prioritaire	+ Prioritaire	++ Très prioritaire	? Sans avis
L'accès aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La télémédecine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité des logements (qualité de l'air, accessibilité, énergie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'environnement extérieur (pollens, bruits, l'agencement en espaces verts...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bien vieillir (activité physique, alimentation, prévention des chutes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le mieux-être (gestion du stress, qualité du sommeil...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La santé au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La santé buccodentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La vaccination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dépistage des cancers (sein, colorectal...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les maladies sexuellement transmissibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'activité physique / le sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les effets des écrans/ jeux vidéos / téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La parentalité, lien parent/enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La formation aux gestes de 1 <sup>er</sup> secours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre précisez : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous des suggestions supplémentaires à nous communiquer ?  Oui  Non

Si oui, merci de préciser ci-après : .....

.....

Merci de votre collaboration